



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

EXENTO

DECRETO N° **1261**/2015

ARICA, 26 de Enero de 2015.

- 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 Iris Veliz Hume dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, documento que a continuación se transcribe:

1. OBJETIVO

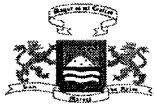
Establecer en la institución, un conjunto de estrategias orientadas a implementar, ejecutar y evaluar acciones de mejora continua que favorezcan el desarrollo de una cultura organizacional favorable para dar cumplimiento a los objetivos asistenciales con base en la seguridad y calidad de las prestaciones hacia los usuarios.

2. ALCANCE

El Programa de Calidad debe ser conocido y aplicado por todos los Funcionarios(as) del CESFAM Iris Veliz Hume.

3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los Funcionarios(as)* del CESFAM Iris Veliz H. 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.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los Funcionarios(as)* del CESFAM Iris Veliz H. 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:** *Director(a)* es el responsable de velar por la implementación de este programa. Además deberá liderar la gestión de calidad en el establecimiento de salud.
Encargado 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 de calidad* del establecimiento es responsable de monitorear este Programa de Calidad, generando 1 informe de este, el primer semestre (Enero-Junio) y otro informe anual (Enero-Diciembre), que evalúen y analicen los resultados obtenidos de la implementación de este programa.
Encargada 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.

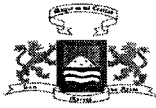
5. MODO OPERATIVO.

Para llevar a cabo este programa, se definió la política de calidad institucional, estrategias y objetivos, los que se detallan a continuación.

5.1 POLITICA DE CALIDAD.

“Con el propósito de establecer políticas de calidad asociados a la asistencia en salud, el CESFAM Iris Veliz Hume, dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, incorpora en su quehacer los siguientes objetivos estratégicos:

- a) Cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.
- b) Velar por la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios, este último como eje central en la atención humanizada.



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

c) 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.

5.1 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 8 objetivos específicos fijados para la institución para el año 2015:

Objetivo	Divulgar a través de medios digitales los aspectos relevantes sobre el proceso de acreditación en Salud.
Meta	Enviar bimensualmente al menos al 90 % de los Funcionarios(as) del establecimiento de salud que cuentan con correo institucional, un boletín informativo con las siguientes temáticas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de acreditación de establecimientos de salud. ▪ Procesos de atención seguros para el usuario. ▪ Mejora continua en procesos de atención.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación y envío vía correo electrónico institucional, de boletín informativo en forma bimensual.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impresión de listado de correos al cual le fue enviado el boletín informativo (Donde conste "fecha" y "asunto" enviado) de acuerdo a Anexo N° 1. ▪ Listado de chequeo que registra los Funcionarios(as) a los cuales les fue enviado el boletín informativo a través de correos institucionales. ▪ Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2).
Indicador	$\frac{\text{Nº de Funcionarios(as) del establecimiento que cuentan con correo institucional y les fue enviado boletín Informativo en el mes}}{\text{Nº total de Funcionarios(as) del establecimiento que cuentan con correo institucional en el mes}} \times 100$
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>bimensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 90\%$.
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsable de ejecución de las actividades: Encargado de calidad del establecimiento de salud. ▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargado de calidad del



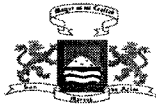
REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

establecimiento de salud.

- Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

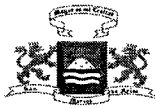
Objetivo 2	Realizar reuniones de la red de calidad interna con la mayor asistencia de sus integrantes designados convocados.
Meta	Realizar reuniones de la red de calidad interna con una asistencia $\geq 75\%$ de sus integrantes convocados.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Calendarizar reuniones mensuales de la red de calidad gestionando los bloqueos de agenda de los profesionales asistentes.- Convocar mediante memo interno y correo institucional a los participantes entregándoles las fechas de citación a reunión. Informar a las jefaturas correspondientes.- Ejecutar reuniones programadas con red de calidad del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Lista de asistencia a reunión de trabajo con red de calidad interna del establecimiento.- Memo que nombra a los integrantes de la red de calidad interna.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2).- Memo interno y correo institucional a los participantes entregándoles las fechas de citación a reunión
Indicador	$\frac{\text{Nº de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados a reunión mensual y asisten.}}{\text{Nº total de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados a reunión mensual.}} \times 100$
Periodicidad y umbral	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 75\%$.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: Encargado de Calidad del Establecimiento de salud.- Responsable de evaluación del indicador: Encargado de Calidad del Establecimiento de salud.- Responsable de análisis de los resultados: Encargado de Calidad del Establecimiento de salud y red de calidad.

Objetivo 3	Cumplir con el desarrollo de las características establecidas en la Pauta de Cotejo para prestadores institucionales de Atención Abierta.
Meta	<p>Meta 1.- Cumplir con un 100% de las características obligatorias aplicables al establecimiento de salud del total contenidas en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.</p> <p>Meta 2.- 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>



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Revisar documentación ya elaborada para cotejar su cumplimiento con lo requerido en las características del manual de acreditación.- Elaborar documentación requerida en las características del manual de acreditación que sean aplicables al establecimiento de salud.- Revisar, elaborar o incorporar a la documentación en confección, los indicadores y umbrales de cumplimiento de acuerdo a lo que se desea evaluar y lo requerido en las características del manual de acreditación.- Evaluar por el profesional designado responsable, los indicadores definidos en la documentación.- 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.- Informar los resultados de las autoevaluaciones al Director(a) del Establecimiento y a la red de calidad interna para la toma de decisiones en la mejora de los resultados obtenidos.- 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 de los Funcionarios(as) del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Pauta de cotejo digital del manual de acreditación de prestadores de atención abierta con el resultado de la evaluación trimestral, emitida por los evaluadores participantes.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2).
Indicador	<p>Meta 1.- N° de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p>N° total de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Meta 2.- N° de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p>N° total de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>
Periodicidad y umbral	<p>Meta 1.- El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.</p> <p>Meta 2.- El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 70\%$.</p>
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades:<ul style="list-style-type: none">o <i>Revisar, elaborar e incorporar documentos e indicadores:</i> Encargados 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 encargado de calidad de la institución.o <i>Evaluar los indicadores:</i> Profesional designado responsable según documentos.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- *Desarrollar, informar y exponer autoevaluaciones:* Encargado de calidad del establecimiento de salud.
- Responsable de evaluación del indicador: Encargado de Calidad del Establecimiento de salud.
- Responsable de análisis de los resultados: Director(a), Encargado de calidad del establecimiento de salud e integrantes de la red de calidad interna.

Objetivo 4 Vigilar activamente la implementación de los documentos institucionales de 3 características obligatorias (GCL 1.8, REG 1.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores de atención en la ciudad, mediante la aplicación de instrumentos de medición.

Meta Alcanzar un 100% de cumplimiento en las mediciones de implementación de cada una de las 3 características obligatorias evaluadas.

- Actividades**
- GCL 1.8:
 - 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 3 muestras de PAP a la semana.
 - REG 1.1:
 - Realizar un muestreo sistemático cada vez que se evalúe el indicador de la siguiente manera:
 - Cada mes, solicitar a SOME el registro del total de fichas requeridas en ese mes (Ej.: 4000 fichas clínicas solicitadas en el mes para las diferentes atenciones).
 - Dividir el número total de fichas requeridas en el mes en 40 (Ej.: 4000/40).
 - El resultado de esta división (Ej.: 100) es cada cuánto se aplica el muestreo sistemático en el listado entregado (Ej.: Seleccionar del listado entregado 1 de cada 100 fichas) obteniendo un listado de 40 fichas (muestra a analizar).
 - Hacer un listado con las 40 fichas y solicitar sus cartolas de atención en caso que pertenezcan a un programa.
 - Constatar la presencia de ficha clínica única en las 40 fichas muestreadas, utilizando hoja de registro para ello, verificando la identidad y número de RUT de la cartola de programa, ficha física y ficha digital.
 - 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.
- REG 1.1: Listado de chequeo ficha clínica única que contenga los siguientes datos:
 - 1.- Nº correlativo.
 - 2.- Nº de ficha clínica.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<p>3.- RUT del usuario. 4.- Programa al que pertenece (Nombre del programa o NA). 5.- Nombre y RUN del usuario igual a Nombre y RUT en cartola (SI/NO/NA). 6.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en ficha clínica física (SI/NO). 7.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en ficha clínica digital (SI/NO). 8.- Ficha clínica única* (SI/NO)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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° 1) por cada indicador evaluado. <p>*Se contestará que la ficha clínica es única (respuesta SI), si la respuesta es "SI" en todos los enunciados anteriores (número 5,6 y 7)</p>
Indicador	<p>GCL 1.8: N° de muestras que cumplen con el total de los puntos aplicables de la "Lista de chequeo para aplicación en terreno"</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p style="text-align: center;">N° total de muestras evaluadas con la "Lista de chequeo para aplicación en terreno"</p> <p>REG 1.1: N° de fichas clínicas físicas muestreadas que cuentan con el RUT y el nombre del usuario igual al contenido en la ficha digital y cartolas si correspondiese.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p style="text-align: center;">N° de fichas clínicas físicas muestreadas.</p> <p>EQ 2.1: N° de mantenciones preventivas a equipos programadas y que fueron realizadas en el periodo evaluado.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p style="text-align: center;">N° de mantenciones preventivas a equipos programadas en el periodo evaluado.</p>
Periodicidad y umbral	<ul style="list-style-type: none">- GCL 1.8: El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.- REG 1.1: El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.- EQ 2.1: El indicador se evaluará <u>semestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: GCL 1.8: Matrón de PAP. REG 1.1: Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud. EQ 2.1: Profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.- Responsable de evaluación del indicador: GCL 1.8: Matrón de PAP. REG 1.1: Jefe de Sectores y Encargada de Calidad EQ 2.1: Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

Objetivo 5	Realizar plan de mejora a los eventos adversos y centinelas notificados en la institución.
Meta	Meta 1: Realizar plan de mejora al menos al 90% de los eventos adversos confirmados por el encargado de calidad. Meta 2: Realizar plan de mejora al menos al 90% de los eventos centinelas confirmados por el encargado de calidad.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Confirmar el evento adverso o centinela notificado.- Generar informe de análisis y recopilación de resultados (Protocolo de Eventos Adversos y Centinela CÓDIGO: DSM-CAL-P-13).- Concretar cita con Director(a) del Establecimiento para informar evento ocurrido.- Generar reunión con encargado de calidad, encargado de unidad, área o sector donde ocurrió el evento, Director(a) y quien este último requiera para realizar el análisis del evento ocurrido.- De reunión realizada, acordar plan de mejora a ejecutar, registrándola en acta.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Notificaciones de eventos adversos o centinelas.- Actas de reunión que contengan análisis de evento y plan de mejora.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1).
Indicador	Meta 1: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de eventos adversos confirmados en el mes que cuentan con plan de mejora.}}{\text{N}^\circ \text{ total de eventos adversos confirmados en el mes.}} \times 100$ Meta 2: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de eventos centinelas confirmados en el mes que cuentan con plan de mejora.}}{\text{N}^\circ \text{ total de eventos centinelas confirmados en el mes.}} \times 100$
Periodicidad y umbral	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> según sean notificados y confirmados eventos adversos y centinelas en la institución (si un mes no se notifican eventos en lugar del numerador y denominador se colocará la sigla NA). Se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 90\%$.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: Confirmar el evento, generar informe de análisis, concretar cita con Director(a) y generar reunión para análisis, será responsable el encargado de calidad del establecimiento de salud. De acordar plan de mejora, será responsable el encargado de calidad, Director(a) y jefatura de unidad donde ocurrió el evento adverso o centinela.- Responsable de evaluación del indicador: Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud.

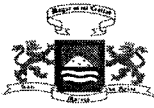


REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

Objetivo 6	
Entregar respuestas dentro del plazo establecido para la resolución de las solicitudes ciudadanas (reclamos) que interesan al establecimiento de salud por las vías más formales.	
Meta	Responder al 100% de los reclamos dentro de los plazos que la ley establece.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Tipificar las solicitudes ciudadanas realizadas a través del Formulario de Registro de Solicitud Ciudadana, filtrando los que corresponden a reclamos. - Gestionar las respuestas a los reclamos. - Evaluar los tiempos de demora en la entrega de respuestas a los usuarios por los reclamos realizados.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Memo mensual de evaluación global de los reclamos (Según lo exigido en la característica DP 1.2). - Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2)
Indicador	$\frac{\text{Nº de reclamos respondidos en el mes dentro de los plazos legales establecidos}}{\text{Nº total de reclamos en el mes}} \times 100$
Periodicidad y umbral	<ul style="list-style-type: none"> - El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100% -
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de ejecución de las actividades: Encargado de OIRS. - Responsable de evaluación del indicador: Encargado de OIRS. - Responsable de análisis de resultado: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

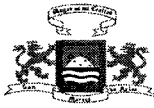
Objetivo 7	
Asegurar el uso de credenciales de identificación en todos los Funcionarios que desempeñan labores en la institución de salud.	
Meta	Monitorear si el 100% de los Funcionarios(as) evaluados mensualmente y que desempeñan labores en el establecimiento de salud, porta su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difundir el fundamento de este objetivo a todos los Funcionarios(as) del establecimiento de salud. ▪ Obtener el listado actualizado de todos los Funcionarios(as) que trabajan en el establecimiento mensualmente. ▪ Realizar planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación. ▪ Establecer el total (numérico) de Funcionarios(as) a supervisar durante el mes. ▪ Realizar 1 supervisión mensual, como mínimo al 80% de los Funcionarios(as) del establecimiento, sin repetir ninguno durante el



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<p>mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enviar informe mensual de Funcionarios(as) que no estén portando credenciales de identificación durante la supervisión a Director(a) del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación. ▪ Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2)
Indicador	<p>N° de Funcionarios(as) al mes 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.</p> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>N° total de Funcionarios(as) al mes que desempeñan labores en el establecimiento de salud que fueron evaluados.</p>
Periodicidad y umbral	<p>El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%</p>
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsable de ejecución de las actividades: Encargado de calidad del establecimiento de salud. ▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargado de calidad del establecimiento de salud. ▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad y Director(a) del establecimiento de salud.

Objetivo 8	<p>Realizar inducción a todo funcionario y alumno en práctica nuevo que ingrese a desempeñar labores en el establecimiento, 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, además de instruirlos en temáticas específicas tales como el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia con alto riesgo vital, aspectos generales del plan de evacuación y el procedimiento local para el manejo de accidente con exposición a sangre o fluidos corporales de alto riesgo.</p>
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 1: Realizar una inducción al 100% de los Funcionarios(as) nuevos que ingresan a desempeñar funciones en el establecimiento sobre los temas señalados en el objetivo. • Meta 2: Realizar una inducción al 100% de los alumnos en práctica nuevos que ingresan a desempeñar funciones en el establecimiento sobre los temas señalados en el objetivo.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar a secretaria de dirección realizar lista mensual de Funcionarios(as) y alumno en práctica nuevo que ingresan al establecimiento. ▪ Realizar inducción mensualmente a todo funcionario y alumno en práctica nuevo. ▪ Implementar registro de asistencia a charla de inducción.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de asistencia a las inducciones. ▪ Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2). Si no ingresan Funcionarios(as) o alumnos al establecimiento durante un mes debe



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

detallarse en el registro N/A (no aplica).	
Indicador	<ul style="list-style-type: none">• Meta 1. Nº de Funcionarios(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento que asistieron a inducción <hr/>X 100 Nº total de Funcionarios(as) nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento.• Meta 2. Nº de alumnos en práctica nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento que asistieron a inducción <hr/>X 100 Nº total de alumnos en práctica nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento.
Periodicidad y umbral	Los indicadores se evaluarán <u>mensualmente</u> (en forma independiente) y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">▪ Responsable de ejecución de las actividades: Secretaria de dirección, es responsable de realizar y mantener actualizada lista mensual de Funcionarios(as) nuevos y alumnos en práctica que ingresan al establecimiento. Encargado de calidad del establecimiento de salud es responsable de solicitar lista mensual de Funcionarios(as) nuevos, realizar inducción e implementar registros de asistencia).▪ Responsable de evaluación del indicador: Encargado de calidad del establecimiento de salud.▪ Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

6. REFERENCIAS

- Norma general técnica N°154 sobre Programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud, 12 de Septiembre del 2013, MINSAL.
- 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.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

7. ANEXOS

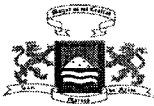
ANEXO N°1: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE CALIDAD 2015.

N°	ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FECHA PROBABLE	PARTICIPANTES	OBSERVACIÓN
1	Envío boletín informativo a los correos institucionales de los Funcionarios(as)	Bimensual	Febrero, Abril, Junio, Agosto, Octubre, Diciembre.	Todos los Funcionarios(as) del establecimiento que cuenten con correo institucional.	---
2	Reuniones red interna de calidad.	Mensual	Inicio a partir de Enero 2015.	12 aprox.	---
3	Intervenciones en reuniones de consejo técnico para exposición de resultados de autoevaluación.	Trimestral	Inicio a partir de Enero 2015	Director(a), CTA, jefes de programa y sectores.	---
4	Ejecutar autoevaluaciones para constatar el nivel de avance en las características aplicables del proceso de acreditación.	Trimestral	Abril-Julio- Octubre- Enero.	---	---
5	Aplicación Lista de chequeo aplicación en terreno (Traza de PAP)	3 veces por semana (12 muestras mensuales)	Inicio a partir de Enero 2015	Matrón(a) encargado de trazabilidad de PAP.	Recepción de evaluaciones que miden la trazabilidad del PAP por encargada de calidad.
6	Evaluación y constatación de ficha clínica única.	40 fichas mensuales	Inicio a partir de Enero 2015	Sectores de CESFAM y Encargada de calidad	SOME y sectores deberán recepcionar los resultados de la constatación y corregir en caso de no cumplimiento.
7	Realizar plan de mejora de los eventos adversos y centinelas	Mensual	Inicio a partir de Enero 2015	Encargada de calidad	Se informara a Director(a) del establecimiento cumplimiento de este objetivo a través de memo interno.
8	Vigilar que la respuesta a	Mensual	Inicio a partir de Enero	Encargada de OIRS	Se informara al Director(a) a




REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	todos los reclamos se realice dentro de los plazos que la ley establece		2015		través de memo mensual el análisis de formularios recepcionados por solicitudes ciudadanas.
9	Supervisión del uso de credencial de identificación en Funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento	Mensual	Inicio a partir de Enero 2015	Todos los Funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento y encargada de calidad	Se informará a Director(a) del establecimiento, cumplimiento de este objetivo a través de correo electrónico.
10	Inducción sobre Calidad y Acreditación, mejora continua, seguridad del usuario, protocolos, etc. a todo personal nuevo y alumnos en práctica que ingresan al establecimiento.	Mensualmente, según ingreso de Funcionarios (as) nuevos en el mes.	Inicio a partir de Enero 2015	Todo funcionario nuevo que ingresa al establecimiento y alumnos en práctica, Secretaria de dirección y Encargada de calidad.	Debe mantenerse lista de asistencia



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

ANEXO Nº2: REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDICADOR.

 I. MUNICIPALIDAD DE ARICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL CESFAM IRIS VELIZ HUME	REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDICADOR	EDICION: 2
		FECHA ULTIMA REVISION: ENERO 2015
		FECHA PROXIMA REVISION: ENERO 2020
		Página 1 de 1

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:						
PUNTO DE VERIFICACIÓN:						
CÓDIGO CARACTERISTICA		NOMBRE DOCUMENTO			CÓDIGO DOCUMENTO	
NOMBRE INDICADOR:						
INDICADOR:						
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO:						
PERIODICIDAD:						
REGISTROS QUE VALIDAN INDICADOR:						
DATOS INDICADOR		MES DE EVALUACIÓN				
NUMERADOR						
DENOMINADOR						
PORCENTAJE OBTENIDO						
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO DEFINIDO						
CUMPLE UMBRAL (SI/NO)						
EVALUADO POR						



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

8. DISTRIBUCIÓN

- Director(a) Establecimiento de Atención Primaria.
- Coordinador Técnico Administrativo del Establecimiento de Salud.
- Encargada de Calidad del Establecimiento.
- Encargada de Calidad DESAMU.
- Encargados de Sector y Unidades.
- Red de Calidad CESFAM
- Todos los Funcionarios(as) del CESFAM

9. REGISTRO DE CAMBIOS

Párrafo que se modifica	Página	Fecha
Objetivo principal del programa de calidad: Se modifica enfocado en la mejora continua y en la seguridad y calidad de las prestaciones hacia los usuarios.	3	Enero 2015
Modo Operativo: Se incorpora política de calidad 2015 del establecimiento de salud y las estrategias institucionales para la gestión de calidad.	4	Enero 2015
Objetivo asistencial N°1: Se modifica la meta, centrándose en la manera en que se difundirán los aspectos relevantes de acreditación y calidad en salud.	5	Enero 2015
Objetivo asistencial N°2: Se modifica la meta que dará cumplimiento a lo establecido en el objetivo que tiene relación esta vez con la asistencialidad a la red de calidad del establecimiento.	6	Enero 2015
Objetivo asistencial N°4: "Se elimina la característica obligatoria AOC 1.1: "crear un instrumento de evaluación de aplicación de procedimientos de alerta y organización de la atención de emergencia, y su actividad de "realización de 2 simulacros anuales de código azul que ponga en aplicación el procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia (Código DSM-CAL-P23) evaluado mediante instrumento creado.	9	Enero 2015
Se incorpora nuevo objetivo asistencial (N°7): "Instaurar un sistema de supervisión en el uso de credenciales de identificación en los Funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud"	15	Enero 2015
Se incorpora nuevo objetivo asistencial (N°8): Realizar inducción a todo funcionario nuevo y alumno en práctica que ingrese a desempeñar labores en el establecimiento. Difundir los aspectos relevantes sobre el proceso de acreditación en salud, mejora continua de los	16	Enero 2015



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

procesos de salud, una atención de salud que cumpla con los estándares de calidad y seguridad del paciente.		
---	--	--

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

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



RODOLFO URRUTIA CARDENAS
ALCALDE DE ARICA

CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

ATP/CCG/RTS/jjr.

Distribución:

- Contraloría Municipal
- Secretaría Municipal
- DESAMU
- Archivo