



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

EXENTO

DECRETO N° **1262**/2015

ARICA, 26 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 Dr. Victor Bertín Soto dependiente 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. Víctor Bertín Soto, basado en los requerimientos de la normativa vigente (cumplimiento de 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(as) del CESFAM Dr. Víctor Bertín Soto.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los funcionarios(as)* dependientes del CESFAM Dr. Víctor Bertín Soto son responsables de aplicar y cumplir con lo establecido en este programa.
Los y las Profesionales responsables 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) del CESFAM* es el responsable de velar por la implementación de este programa. Además, deberá liderar la gestión de calidad en el establecimiento de salud.
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 del 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.
- **N.A:** No aplica.



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

5. MODO OPERATIVO

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

5.1 POLITICA DE CALIDAD.

“Con el propósito de disminuir el riesgo asociado a la asistencia en salud, el CESFAM Dr. Víctor Bertin Soto dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, incorpora en su quehacer diario:

- Cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.
- Velar por la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios, 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 GESTIÓN DE CALIDAD.

- **Cultura de calidad para lograr seguridad en la atención:** Instaurar entre los funcionarios la cultura de calidad cuyo propósito final es la entrega de prestaciones seguras a los usuarios(as).
- **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 cuyos registros deben estar dispuesto antes de los 10 días hábiles del mes siguiente, al término del periodo de medición.
- Se describen a continuación 5 objetivos específicos fijados para la institución para el año 2015:

Objetivo 1	Difundir mediante charlas expositivas los aspectos relevantes sobre el proceso de acreditación en salud.
Meta	Entregar 1 charla al menos al 60% del total de funcionarios del establecimiento de salud en el año, relacionada 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"> - Planificar y acordar junto a encargados(as) de sectores las intervenciones (charla) a realizar para incorporar temáticas de acreditación. - Solicitar y verificar los bloqueos de agenda, si fuese necesario, de los funcionarios que asistirán a las charlas. - Solicitar el listado de todos los funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud al momento de la evaluación del indicador. - De cada charla realizada generar listado de asistencia de participantes.
Registro	- Lista de asistencia.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Listado de total de funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1)
Indicador	$\frac{\text{N° de funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud y que recibieron charla por encargado(a) de calidad.}}{\text{N° total de funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud.}} \times 100$
Periodicidad y umbral	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> siendo su numerador acumulativo hasta completar el año. Se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 60\%$ anual.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: Planificar reuniones, gestionar bloqueos de agenda de ser necesario, solicitar listado de funcionarios y tomar asistencia a reuniones: Responsable encargado(a) de calidad del establecimiento de salud. Realizar listado de todos los funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud: Responsable secretaria de dirección.- Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de Calidad del Establecimiento de Salud.- Responsable del análisis de los resultados: Encargado(a) de Calidad del Establecimiento de Salud.
Objetivo 2	Ejecutar reuniones de la red de calidad interna a manera de contribuir a la implementación de un sistema de gestión de Calidad al interior del establecimiento.
Meta	Realizar al menos el 85% de las reuniones programadas en el año con la red de calidad interna del establecimiento de salud.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Calendarizar reuniones mensuales de la red de calidad interna, gestionando los bloqueos de agenda de los funcionarios asistentes.- Envío de memo interno informando la calendarización anual de reuniones programadas.- Envío de correo recordatorio de reunión a los participantes 1 semana antes de la ejecución de la misma.- Ejecutar reuniones programadas con red de calidad del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Lista de asistencia y Acta de reuniones de trabajo con red de calidad interna del establecimiento.- Memo interno que programa e informa fechas de citación a reuniones.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1)
Indicador	$\frac{\text{N° de reuniones programadas con la red de calidad interna del establecimiento de salud que fueron realizadas.}}{\text{N° de reuniones programadas con la red de calidad interna del establecimiento de salud.}} \times 100$
Periodicidad y umbral	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> siendo acumulativo hasta completar el año. Se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 85\%$ anual.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: Calendarizar y convocar: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud. Ejecutar reuniones programadas: Integrantes de red de calidad interna del establecimiento de salud.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de Calidad del Establecimiento de Salud.- Responsable del análisis de los resultados: Integrantes de red de calidad interna del establecimiento de salud.
Objetivo 3	Cumplir con las características establecidas en el manual de acreditación 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 de las 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>
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 cumplimientos 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 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 a los funcionarios 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).



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Meta 1.-

Nº de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.

X 100

Nº total de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud.

Indicador

Meta 2.-

Nº de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.

X 100

Nº total de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud.

Periodicidad y umbral.

Meta 1.- El indicador se evaluará trimestralmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.

Meta 2.- El indicador se evaluará trimestralmente y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 70\%$.

Responsable

- Responsable de ejecución de las actividades:
 - o *Revisar, elaborar e incorporar documentos e indicadores:* Encargados(as) 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(a) de calidad de la institución.
 - o *Evaluar los indicadores:* Profesional designado responsable
 - o *Desarrollar, informar y exponer autoevaluaciones:* Encargado(a) de calidad.
- Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.
- Responsable de análisis de los resultados: Director(a), Encargado(a) 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 4 características obligatorias (GCL 1.8, AOC 1.1, REG 1.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores de atención abierta, mediante la aplicación de instrumentos de medición.

Meta

Alcanzar un 100% en cada uno de los indicadores que vigilan la implementación de los documentos institucionales derivados de las 4 características obligatorias (GCL 1.8, AOC 1.1, REG 1.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta evaluadas.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

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 12 muestras de PAP mensuales.
- AOC 1.1:
 - 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).
 - Programar y realizar 1 simulación anual evaluada mediante una Pauta de cotejo creada que ponga en aplicación el Sistema de alerta y organización en caso de emergencia de riesgo vital. (Código: DSM-CAL-P-23).
- 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 una 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.
- AOC 1.1: Pauta de cotejo aplicada a ejecución de simulaciones
- REG 1.1: Listado de chequeo ficha clínica única que contenga los siguientes datos:
 - 1.- Nº correlativo.
 - 2.- Nº de ficha clínica.
 - 3.- RUT del usuario.
 - 4.- Programa al que pertenece (nombre del programa o No aplica).
 - 5.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en cartola (SI/NO/N.A).
 - 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).
- EQ 2.1: Memo con evaluación de cumplimiento de mantenciones preventivas a equipos de acuerdo a los plazos programados.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

-Registro de evaluación del indicador (**Anexo N°1**) por cada indicador evaluado

GCL 1.8:

N° de muestras que cumplen con el total de los puntos aplicables de la "Listas de chequeo para aplicación en terreno" en el mes

X 100

N° total de muestras evaluadas con la "Listas de chequeo para aplicación en terreno" en el mes

AOC 1.1:

N° de elementos aplicables cumplidos de la pauta de cotejo de simulación, de procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia en caso de riesgo vital, realizado en el trimestre.

X 100

N° de elementos aplicables de la pauta de cotejo de simulación, de procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia en caso de riesgo vital, realizado en el trimestre.

Indicador

REG 1.1:

N° de fichas clínicas física muestreadas que cuentan con el RUT y el nombre del usuario igual al contenido en la ficha digital y cartolas si correspondiese.

X 100

N° de fichas clínicas físicas muestreadas

EQ 2.1:

N° de mantenencias preventivas a equipos programadas en el periodo evaluado que fueron realizadas

X 100

N° de mantenencias 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 anualmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.
-REG 1.1: El indicador se evaluará mensualmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.
-EQ 2.1: El indicador se evaluará semestralmente y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.

Responsable

- Responsable de ejecución de las actividades: *GCL 1.8, Muestras de PAP*: Responsable Matrn(a) de PAP.
AOC 1.1: Encargado(a) de calidad y Enfermero (a) encargada (o) de procedimiento.
REG 1.1: Encargado(a) de calidad.
EQ 2.1: Profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.
- Responsable de evaluación del indicador: *GCL 1.8, Muestras de PAP*: responsable Matrn de PAP.
AOC 1.1, REG 1.1 y EQ 2.1: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de análisis de los resultados: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.
Objetivo 5	Realizar plan de mejora a los eventos adversos y centinelas notificados en la institución.
Meta	<p>Meta 1: Realizar análisis y plan de mejora a lo menos al 90% de los eventos adversos notificados y recepcionados por el encargado(a) de calidad.</p> <p>Meta 2: Realizar análisis y plan de mejora a lo menos al 90% de los eventos centinelas notificados y recepcionados por el encargado(a) de calidad.</p>
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Confirmar evento adverso o centinela notificado.- Generar Informe de análisis y recopilación de resultados del evento (Protocolo de eventos adversos y centinela DSM-CAL-P-13).- Concretar cita con Director(a) del establecimiento para informar evento ocurrido.- 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.- 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.-Acta de reunión análisis de evento y plan de mejora.-Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1)
Indicador	<p>Meta 1: N° total de eventos adversos notificados en el mes que cuentan con plan de mejora</p> <hr/> <p>N° total de eventos adversos notificados en el mes. —X 100</p> <p>Meta 1: N° total de eventos centinela notificados en el mes que cuentan con plan de mejora</p> <hr/> <p>N° total de eventos centinela notificados en el mes. —X 100</p>
Periodicidad y umbral.	<p>El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> según sean notificados y confirmados eventos adversos y centinelas en la institución (si un mes no se notificaron eventos en el lugar del numerador y denominador se colocará la sigla N.A).</p> <p>Se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 90\%$.</p>
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, 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.- Responsable de evaluación del indicador: Encargado(a) de calidad del establecimiento de salud.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

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

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.
- Programa unidad de calidad y seguridad del paciente 2013, Hospital Sotero del Rio.
- Programa de calidad Anual 2011, Hospital Padre Hurtado.
- Programa de gestión de Calidad 2011-2013, Hospital Dr. Juan Noé Crevani.
- Plan de Calidad anual 2013, Hospital regional Rancagua.
- Plan operativo 2012, Servicio de Salud del Maule.
- Norma general técnica N°154 sobre Programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud, 12 de Septiembre del 2013, MINSAL.
- Recomendaciones para la elaboración de una política y un programa de calidad institucional, Abril 2014, unidad de asesoría técnica, subdepartamento de gestión de calidad en salud, superintendencia de salud.



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

7. ANEXOS

ANEXO N°1: REGISTRO DE EVALUACION DE INDICADOR.

 I. MUNICIPALIDAD DE ARICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL	REGISTRO DE EVALUACION DE INDICADOR	EDICION:2
		FECHA ULTIMA REVISION: ENERO 2015
		FECHA PROXIMA REVISION: ENERO 2020
		Página 1de 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

ANEXO N°2: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE CALIDAD 2015

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FECHA PROBABLE	N° PARTICIPANTES	OBSERVACION
1 Intervenciones en reuniones de sector y unidad para informar a los funcionarios el avance del programa de calidad y protocolos que deben conocer.	Mensual	Según reuniones de cada sector	Todos los funcionarios(as) presentes en la reunión	---
2 Reuniones red interna de calidad.	Mensual	A partir de Enero 2015	15 aprox.	---
3 Ejecutar autoevaluaciones para constatar el nivel de avance en las características aplicables del proceso de acreditación.	Cada trimestre	Abril-Julio- Octubre- Enero	---	---
4 Aplicación Lista de chequeo aplicación en terreno (PAP)	3 veces por semana (12 muestras)	A partir de enero 2015	---	---
5 Ejecución de simulacro sobre Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.	Anual	----	Todos los funcionarios(as) presentes en el establecimiento en el momento del simulacro	---
6 Revisión de fichas clínicas.	Mensual	A partir de enero 2015	---	---

8. DISTRIBUCION

- Director(a) establecimiento de salud.
- Encargado(a) de Calidad del Establecimiento.
- Encargados(as) de Sector y Unidades.
- Red de calidad CESFAM.
- Todos los funcionarios(as).

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.	5-6	Enero 2015
Objetivo asistencial N°2: Se mantiene solo centrado en lograr ejecutar las reuniones programadas.	6	Enero 2015
Objetivo asistencial N°3: Se mantiene en relación a programa de calidad 2014 modificando las actividades para su cumplimiento.	7-8	Enero 2015
Objetivo asistencial N°4: Se modifica la meta para medir el cumplimiento de la implementación de los documentos y no de las características.	8-11	Enero 2015



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Objetivo asistencial N°5: 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	11-12	Enero 2015
Referencias: Se modifican y actualizan en relación a las notas técnicas, monografías y circulares de la superintendencia de salud.	12-13	Diciembre 2014
Anexos: • Anexo N°1: Se agrega anexo que permiten llevar un registro de los indicadores dispuestos en los objetivos.	14	Diciembre 2014
Anexos: • Anexo N° 2: Programación de actividades: Se modifica de acuerdo a los objetivos planteados para el año 2015.	15	Diciembre 2014

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

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



SALVADOR JARRUTIA CARDENAS
ALCALDE DE ARICA



CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

ATF/CCG/RTS/jsr.

Distribución:

- Contraloría Municipal
- Secretaría Municipal
- DESAMU
- Archivo