



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

EXENTO

DECRETO N° **1263**/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 Eugenio Petruccelli Astudillo dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, documento que a continuación se transcribe:

1. OBJETIVO

Establecer una cultura de calidad asistencial y seguridad del paciente en todo el proceso de atención al usuario del CESFAM Eugenio Petruccelli A., considerando el cumplimiento de los Estándares de Acreditación vigentes.

2. ALCANCE

El Programa de Calidad debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios(as) del CESFAM Eugenio Petruccelli.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los funcionarios* del establecimiento de salud son responsables de aplicar y cumplir con lo establecido en este programa.
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) y/o encargado(a) del establecimiento* 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.
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.
- **DESAMU:** Departamento de Salud Municipal.
- **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.
- **N.A:** No aplica

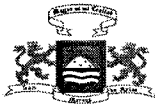
5. MODO OPERATIVO

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 Eugenio Petruccelli Astudillo dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, incorpora en su quehacer diario:

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



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- Cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.
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 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 el establecimientos de salud para el año 2015:

Objetivo 1	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 80% de sus integrantes convocados
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Calendarizar reuniones (Al menos 6 reuniones durante el año) 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 la red de calidad del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Lista de asistencia a reunión de red de calidad interna.- Memo que nombra a los integrantes de la red de calidad interna.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1)- Constatación de funcionarios convocados por ej mail enviado , memo
Indicador	N° de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados y asisten a reunión. X100
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>cada mes que se ejecute una reunión de la red de calidad interna</u> y considerando un umbral de cumplimiento \geq 80%.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: <i>Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud.- Responsable de evaluación del indicador: <i>Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud.- Responsable de análisis de los resultados: <i>Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud y red de calidad.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

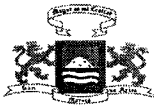
Objetivo 2	Realizar capacitación a todo funcionario(a) que ingresa a desempeñar labores en el establecimiento, para dar a conocer contenidos de calidad en salud en cuanto al proceso de acreditación y legalidad del uso de la credencial, todos temas relevantes para la atención de salud que pretenda cumplir con estándares mínimos de calidad y seguridad del paciente.
Meta	Lograr que al menos el 90% de los funcionarios(as) que ingresan al establecimiento de salud a desarrollar diferentes funciones tengan una capacitación con las temáticas respecto a la acreditación en calidad y el uso de credencial.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Al inicio de cada mes se solicitará a la secretaria de dirección el listado de los funcionarios que ingresaron al establecimiento el mes anterior.- Se considerará para capacitar a aquel funcionario(a) que no haya recibido antes esta capacitación en el establecimiento.- Se acordará con este una fecha para su capacitación.- Se llevará un libro donde quedará registrados datos personales del funcionario, temas tratados y la firma del funcionario que evidencia la toma conocimiento de lo instruido.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Libro de registro con la firma del funcionario(a) que ingrese al establecimiento al cual se haya instruido.- Registro de evaluación de indicador (Anexo N°1). Si no ingresan funcionarios al establecimiento durante un mes debe detallarse en el registro de indicador N.A (No aplica) en numerador y denominador.
Indicador	N° de funcionarios(as) que ingresan a desempeñar labores en el establecimiento durante el mes y que asistieron a capacitación del proceso de acreditación y legalidad del uso de la credencial. X100
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 90%.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de actividades: Registrar lista mensual de funcionarios nuevos que ingresan al establecimiento responsable <i>secretaria del establecimiento</i>.- Responsable de coordinar con el funcionario(a) capacitación: <i>Encargado(a) de calidad</i> establecimiento de salud.- Responsable de análisis de los resultados: <i>Encargado(a) de calidad</i> establecimiento de salud.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

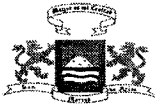
Objetivo 3	Cumplir con el desarrollo de las características establecidas en la "Pauta de cotejo para prestadores institucionales de atención abierta".
Meta	<p>Meta 1.- Cumplir con un 100% de las características obligatorias aplicables al establecimiento de salud del total de las contenidas en la Pauta de cotejo 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 la Pauta de cotejo para prestadores institucionales de atención abierta.</p>
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Elaborar documentación requerida en las características de la Pauta de cotejo para prestadores institucionales de atención abierta que sean aplicables al establecimiento de salud.- Revisar documentación ya elaborada para cotejar su cumplimiento con lo requerido en las características de la Pauta de cotejo para prestadores institucionales de atención abierta.- Evaluar por el profesional designado responsable, los indicadores definidos en la documentación.- Planificar y ejecutar autoevaluaciones de cortes trimestrales (al 30 de Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre) para constatar el nivel de avance en los requisitos 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 consejos técnicos 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 del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Aplicación 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°1).
Indicador	<p>Meta 1. N° de características obligatorias de la Pauta de Cotejo de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud que cumplen.</p> <p>N° de características obligatorias de la Pauta de Cotejo de prestadores de atención abierta aplicable al establecimiento de salud.</p>

X100



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<p>Meta 2. N° de características de la pauta de cotejo de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p>N° total de características de la pauta de cotejo de prestadores de atención abierta que aplican al establecimiento de salud.</p>	X100
Periodicidad y umbral.	<p>Meta 1.- El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%. Meta 2.- El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 70%.</p>	
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades:<ul style="list-style-type: none">o Revisar, elaborar e incorporar documentos e indicadores: <i>Encargados(as) de sectores o unidades</i> 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: <i>Profesional</i> designado responsable según documentos.o Desarrollar, informar y exponer autoevaluaciones: <i>Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud.- Responsable de evaluación del indicador: <i>Encargado(a) de Calidad</i> del Establecimiento de salud.- Responsable de análisis de los resultados: <i>Director(a), Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud e integrantes de la red de calidad interna.	
Objetivo 4	<p>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.</p>	
Meta	<p>Alcanzar un 100% de cumplimiento en las mediciones de implementación de cada una de las 4 características obligatorias evaluadas.</p>	
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- GCL 1.8: Aplicar "Lista de chequeo para aplicación en terreno" (Anexo N°2) inserto en las orientaciones técnicas para la verificación de biopsias y componentes sanguíneos, del Oficio Circular IP/N° 5 del 06 de Mayo del 2013, a 12 muestras de PAP mensuales. En el caso de las biopsias y solo si durante el transcurso de la vigencia de este plan inicia funcionamiento el pabellón de cirugía menor, se aplicará la Lista de chequeo a 1 biopsia mensual realizada.- AOC 1.1: Constatar conocimiento del Procedimiento de "Sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia con riesgo vital", al menos al 80% de los funcionarios del	



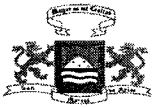
REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

establecimiento en cada período de evaluación, el que se realizará 3 veces en el año. (**Anexo N°3**)

- REG 1.1:
 - o Realizar un muestreo sistemático cada vez que se evalúe el indicador de la siguiente manera:
 - ✓ Al inicio de cada mes, solicitar a SOME el registro del total de atenciones del mes anterior (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 cuanto 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).
 - o Hacer un listado con las 40 fichas y solicitar sus cartolas de atención en caso que pertenezcan a un programa.
 - o 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 ficha clínica física, cartola de programa con la y la ficha digital.
- EQ 2.1:
 - o Evaluar semestralmente el cumplimiento de las mantenciones preventivas a los equipos, según los plazos establecidos en el programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.
 - o 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 (**anexo N°2**).
- AOC 1.1: Listado de constatación de conocimiento del Procedimiento de "Sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia con riesgo vital".
- REG 1.1: Listado de chequeo ficha clínica única que contenga los siguientes datos:
 - 1.- N° de ficha clínica.
 - 2.- RUT del usuario.
 - 3.- Programa al que pertenece (Nombre del programa o NA).
 - 4.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en cartola (SI/NO/NA).
 - 5.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en ficha clínica física (SI/NO).
 - 6.- Nombre y RUT del usuario igual a Nombre y RUT en ficha clínica digital (SI/NO).
 - 7.- Ficha clínica única* (SI/NO), como resultado de la supervisión.
- 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

Indicador	GCL 1.8. Nº de muestras que cumplen con el total de los puntos aplicables de la "Lista de chequeo para aplicación en terreno" en el mes evaluado	X 100
	Nº total de muestras evaluadas con la "Lista de chequeo para aplicación en terreno" en el mes evaluado	
	AOC 1.1. Nº de funcionarios evaluados que responde correctamente en la constatación de conocimiento del procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia de riesgo vital.	X 100
	Nº total de funcionarios evaluados en la constatación de conocimiento del procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia de riesgo vital.	
	REG 1.1. Nº 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.	X 100
	Nº de fichas clínicas físicas muestreadas.	
	EQ 2.1. Nº de mantenencias preventivas a equipos programadas y que fueron realizadas en el periodo evaluado.	X 100
	Nº de mantenencias preventivas a equipos programadas en el periodo evaluado.	
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%.- AOC 1.1: El indicador se evaluará <u>cuatrimestralmente</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, muestras de PAP: <i>Encargado(a) de PAP o cualquier Matrón(a)</i> designado para realizar esta función.GCL 1.8, Biopsias (sólo si inicia funcionamiento el pabellón de cirugía menor): <i>Responsable Enfermero(a) Encargado(a) de pabellón de cirugía menor.</i>AOC 1.1 y REG 1.1: <i>Encargado(a) de Calidad del Establecimiento de Salud.</i>EQ 2.1: <i>Profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.</i>	



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de evaluación del indicador: GCL 1.8, muestras de PAP: <i>Encargado(a) de PAP o cualquier Matrón</i> designado para realizar esta función. GCL 1.8, Biopsias (sólo si inicia funcionamiento el pabellón de cirugía menor): Responsable <i>Enfermero(a) Encargado(a) de pabellón de cirugía menor</i> AOC 1.1, REG 1.1 y EQ 2.1: <i>Encargado(a) de Calidad del Establecimiento de Salud.</i>- Responsable de análisis de los resultados: GCL 1.8, AOC 1.1, REG 1.1 y EQ 2.1, <i>Encargado(a) de calidad</i> del establecimiento de salud.
Objetivo 5	Instaurar una cultura del buen trato al usuario basado en la implementación de estrategias para el mejoramiento continuo de éste, posicionando al usuario como eje central del modelo de salud.
Meta	Lograr que el 100% de las encuestas de satisfacción usuaria aplicadas mensualmente (que evalúa a los estamentos administrativos, TENS y Profesionales), obtenga nota mayor o igual a 6,5
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Se aplicarán al menos 20 encuestas mensualmente en días de forma aleatoria.- Aplicación de la encuesta de trato al usuario (Anexo N°3) a quienes hayan asistido a solicitar o recibir algún tipo de prestación al establecimiento durante el período en evaluación. Esta encuesta será realizada por personal asignado y capacitado para su aplicación.- Consolidar resultados de encuestas.- Presentar los resultados en consejo técnico y en reuniones de la red de calidad interna del establecimiento.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Planilla de cálculo de tabulación encuesta para cálculo de nota.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1)
Indicador	$\frac{\text{Nº de encuestas de satisfacción usuaria aplicadas en el mes que obtienen nota } \geq \text{ a 6.5}}{\text{Nº total de encuestas de satisfacción usuaria aplicadas en el mes}} \times 100$
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará mensualmente y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: <i>Personal asignado y capacitado para la aplicación de encuesta y Encargado(a) de calidad.</i>- Responsable de evaluación del indicador: <i>Encargado(a) de calidad.</i>



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de análisis de los resultados: <i>Director(a), coordinador técnico y Encargado(a) calidad</i> del establecimiento.
Objetivo 6	Asegurar el uso de credenciales de identificación de todos los funcionarios(as) que desempeñan labores en la institución de salud.
Meta	Supervisar si el 100% de los funcionarios(as) evaluados portan su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad durante su jornada laboral.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Difundir el fundamento de este objetivo específico a todos los funcionarios(as) del establecimiento de salud.- Supervisar con listado actualizado de funcionarios(as) el uso de su credencial según la normativa vigente al momento de la supervisión (SI/NO).- Supervisar a la mayor cantidad de funcionarios(as) presentes en el CESFAM de forma progresiva (sin repetir la supervisión en el mismo funcionario durante el periodo de evaluación) y en fechas aleatorias durante 2 meses hasta cumplir con el mayor porcentaje posible.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Listado de supervisión para evaluar si porta o no la credencial.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N°1).
Indicador	$\frac{\text{Nº de funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud y portan su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad en el momento de la evaluación.}}{\text{Nº total de funcionarios(as) que desempeñan labores en el establecimiento de salud que fueron evaluados.}} \times 100$
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>bimensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.
Responsable	<ul style="list-style-type: none">- Responsable de ejecución de las actividades: <i>Funcionario(a) designado por Encargado(a) de calidad</i> o esta misma.- Responsable de evaluación del indicador: <i>Funcionario(a) designado por Encargado(a) de calidad</i> o esta misma.- Responsable de análisis de los resultados: <i>Encargado(a) de calidad y Director(a) del establecimiento de salud.</i>



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Objetivo 7	Evaluar la comprensión de los funcionarios(as) de los aspectos más relevantes de los documentos institucionales vigentes y atinentes a los puntos de verificación.
Meta	Lograr que el 100% de los funcionarios(as) evaluados tenga un porcentaje de respuestas correctas $\geq 85\%$ en la prueba de evaluación de conocimiento del documento institucional previamente difundido en el punto de verificación.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Planificar, por registro escrito, las charlas a realizar en cada punto de verificación de acuerdo a los documentos institucionales que correspondan.- Gestionar tiempos en los cuales se ejecutarán las charlas con los encargados(as) de puntos de verificación.- Realizar 2 charlas al año por cada punto de verificación de los protocolos atinentes a su unidad.- Aplicar un sistema de evaluación individual (prueba teórica) de los temas abordados en cada charla.- Evaluar el porcentaje de respuestas correctas de la evaluación individual realizada.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none">- Prueba teórica para evaluación de conocimiento de documento institucional.- Registro de evaluación del indicador (Anexo N° 1) por cada indicador evaluado.
Indicador	N° de funcionarios(as) a los cuales se les aplica una prueba teórica y que cumplen con un $\geq 85\%$ de esta evaluación correcta. X100
Periodicidad y umbral.	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: <i>Encargado(a) del punto de verificación y/o el Encargado(a) de calidad del establecimiento.</i>- Responsable de evaluación del indicador: <i>Encargado(a) de calidad del establecimiento.</i>- Responsable de análisis de los resultados: <i>Encargado(a) de calidad del establecimiento.</i>

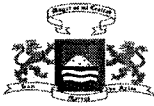
6. REFERENCIAS

- 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.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA


- 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.



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

7. ANEXOS

ANEXO N° 1: REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDICADOR

 I. MUNICIPALIDAD DE ARICA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL CESFAM EUGENIO PETRUCELLI ASTUDILLO	REGISTRO DE EVALUACIÓN 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: LISTA DE CHEQUEO PARA APLICACIÓN EN TERRENO.

	VERIFICADOR	FECHA TOMA DE MUESTRA:	FECHA TOMA DE MUESTRA:
1	Pabellón o sala de procedimientos donde se extraen biopsias. En cada punto de obtención de biopsias existe un sistema de registro (s) en el (los) que consta:	RUT USUARIO:	RUT USUARIO:
	<i>Datos del caso (un caso es el tejido o tejidos o muestra (s) de un paciente para diagnostico histopatológico o citodiagnóstico, dispuestos en uno o más contenedores, tubos o portaobjetos, correspondientes a un mismo procedimiento):</i>	SI/NO	SI/NO
	a) Identificadores del paciente (al menos 2, nombre completo con los 2 apellidos y RUT o N° de ficha clínica)		
	b) Número de frascos, tubos o portaobjetos, y número o código de identificación de cada uno de ellos si son más de uno.		
	c) Tipo de muestra incluida en cada contenedor o soporte (órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc.)		
	d) Fecha de obtención.		
	e) Nombre del médico cirujano o del profesional que obtiene la muestra.		
	<i>Registro de los cambios de mano de las muestras, desde que son envasadas y etiquetadas hasta que son despachadas hacia anatomía patológica. El N° de traspasos y quienes intervienen en ellos dependen de la modalidad de trabajo del prestador, por lo que la verificación debe adaptarse a esta.</i>		
	Traspaso ·1		
	a) Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
	b) Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
	c) Fecha de recepción		
	d) Registro permite identificar de manera inequívoca cuales fueron las muestras traspasadas (ej. Mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registros)		
	Traspaso ·2		
	a) Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
	b) Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
	c) Registro permite identificar de manera inequívoca cuales fueron las muestras traspasadas (ej. Mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registros)		
2	Proceso de transporte y entrega de las muestras al (los) servicio (s) de anatomía patológica.		
	<i>Entrega de las muestras al responsable del traslado (por ejemplo, entre la unidad donde se centralizan las biopsias y quien realiza el transporte fuera del establecimiento):</i>		
	a) Identificación de quien entrega (nombre y/o firma)		
	b) Identificación de quien recibe (nombre y/o firma)		
	c) Fecha de recepción		
	d) Registro permite identificar de manera inequívoca cuales fueron las muestras traspasadas (ej. Mediante una nómina, o mediante marcas o firmas individuales para cada muestra recibida en los libros de registros)		
	Existe registro de las muestras ingresadas en anatomía patológica, firmado por un funcionario responsable de ese servicio.		
	Existe registro de las muestras rechazadas por anatomía patológica (por ejemplo, por mal etiquetado o malas condiciones de transporte).		
3	Proceso de recepción de los informes desde el (los) servicio (s) de anatomía patológica (debe verificarse en cada área en la que se reciben informes)		
	Existe registro de los informes entregados por el (los) laboratorio(s) y su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe.		
	El establecimiento verifica la recepción de la totalidad de los informes correspondientes a las muestras entregadas a cada laboratorio de anatomía patológica (excluyendo las rechazadas).		
	El establecimiento verifica la recepción oportuna de los informes, de acuerdo a plazos establecidos.		
	Existen registros que permiten verificar la incorporación de cada informe en la ficha clínica del paciente (independiente de que se entregue copia del mismo al paciente)		



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

ANEXO Nº 3: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE CALIDAD 2015

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	FECHA PROBABLE	Nº PARTICIPANTES	OBSERVACION
1 Reuniones red interna de calidad.	≥6 veces durante el año	A partir de febrero 2015	Mínimo 14	---
2 Solicitud a la secretaria de listado de funcionarios nuevos del mes anterior	Mensual	1ª semana de cada mes	---	---
3 Inducción sobre Calidad y Acreditación, mejora continua, seguridad del usuario, protocolos, etc. a todo funcionario nuevo que ingresa al establecimiento	Mensualmente, según ingreso de funcionarios nuevos.	A partir de enero 2015	---	---
4 Ejecutar autoevaluaciones para constatar el nivel de avance en las características aplicables del proceso de acreditación.	Cada trimestre	Abril-Julio- Octubre- Enero		---
5 Constatación de conocimiento sobre "Sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia con riesgo vital" a los funcionarios del establecimiento.	3 veces al año	A partir de marzo del 2015	80% de los funcionarios	El N para medir considera el total de funcionarios al mes del corte y considera funcionarios en convenio y reemplazo. No considera personal de apoyo (Pro empleo) ni estudiantes. Se podrá adicionalmente incorporar otros funcionarios
6 Realización de encuesta satisfacción usuaria.	20 por mes	A partir de febrero 2015, Durante el transcurso del mes evaluado		---
7 Supervisión del uso de credencial de identificación en funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento	Bimensual	A partir de febrero 2015.	Todos los funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento.	Se informará posteriormente a la supervisión al director(a) del establecimiento, el cumplimiento de este objetivo.
8 Realizar charlas a los funcionarios de los aspectos más relevantes de los documentos institucionales vigentes y atingentes según puntos de verificación.	2 al año.	1 por semestre	Todo funcionario presente el día de la charla, según punto de verificación.	
9 Evaluación mediante una prueba escrita materias sobre de los aspectos más relevantes de los documentos institucionales vigentes y atingentes según puntos de verificación	2 al año.	1 por semestre.	Todo funcionario presente según punto de verificación al día de la evaluación.	



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

ANEXO N°4: ENCUESTA TRATO AL USUARIO.



I. MUNICIPALIDAD DE ARICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
 CESFAM AMADOR NEGHME R.

FOLIO:

--	--	--	--

CALIDAD DEL TRATO AL USUARIO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA.

INTRODUCCION

Buenos días/tardes mi nombre es... del Cesfam Amador Neghme. Queremos conocer la opinión de los usuarios que han sido atendidos hoy en este Centro de Salud.

I. DATOS DEL ENTREVISTADO/A Y CENTRO DE SALUD.

FECHA	
HORA DE APLICACIÓN	

Me podría decir su Nombre por favor:

1- Sexo:

HOMBRE	1	MUJER	2
--------	---	-------	---

2- Que edad tiene _____

AHORA LE VOY A PEDIR SU OPINION SOBRE VARIOS ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION QUE RECIBIO HOY EN EL CESFAM. PARA ELLO PONGALE UNA NOTA DE 1 A 7 A CADA UNO DE LOS ASPECTOS QUE LE NOMBRARE, DONDE COMO EN EL COLEGIO 1 ES PESIMO Y 7 ES EXCELENTE. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, SOLO NOS INTERESA SU OPINION. TODAS LAS RESPUESTAS QUE UD. NOS ENTREGUE SON ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES.

II. ASPECTOS GENERALES

EN UNA ESCALA DE 1 A 7 ¿QUE NOTA LE PONE A...

La forma en que lo recibieron y saludaron cuando usted llevo a este centro de salud o cuando fue atendido.	1	2	3	4	5	6	7
El vestuario y presentación del personal de este cesfam (administrativo, técnico paramédico y profesional).	1	2	3	4	5	6	7
La identificación (o piocha) que usan las personas que trabajan en este lugar para que Ud. lo reconozca.	1	2	3	4	5	6	7
La limpieza de este cesfam	1	2	3	4	5	6	7
Y, que nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llevo o fue citado/a hasta que fue atendido/a.	1	2	3	4	5	6	7

III. ESTAMENTO ADMINISTRATIVO

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DEL TRATO QUE RECIBIO DEL PERSONAL DEL SOME O ADMISION (ADMINISTRATIVO) DE ESTE CESFAM, QUE NOTA LE PONDRIA UD. A...

La amabilidad y cortesía del personal del SOME (administrativo) que lo/a atendió.	1	2	3	4	5	6	7
La rapidez con que fue atendido/a por personal del SOME	1	2	3	4	5	6	7
El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.	1	2	3	4	5	6	7
La disposición del personal del SOME para escuchar y comprender lo que Ud. les dijo.							
La confianza que le genero el personal del SOME	1	2	3	4	5	6	7



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA



I. MUNICIPALIDAD DE ARICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
 CESFAM AMADOR NEGRE R.

Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con que nota calificaría Ud. el trato que recibió hoy por parte del personal del SOME de este cesfam.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

IV. ESTAMENTO TECNICO- PARAMEDICO

AHORA LE VOY A PEDIR QUE HABLEMOS ESPECIFICAMENTE DEL TRATO QUE RECIBIO DE PARTE DEL TECNICO PARAMEDICO DE ESTE CESFAM, EL DIA DE HOY. EN UNA ESCALA DEL 1 A 7. QUE NOTA LE PONDRIA UD. A...

La amabilidad y cortesía de los técnicos paramédicos que lo/a atendió.	1	2	3	4	5	6	7
El tiempo que el técnico paramédico dedico a atenderle	1	2	3	4	5	6	7
Las respuestas del técnico paramédico a las preguntas que Ud. le hizo	1	2	3	4	5	6	7
La disposición del técnico paramédico para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo	1	2	3	4	5	6	7
La confianza que le genero el técnico paramédico que le atendió	1	2	3	4	5	6	7
Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con que nota calificaría Ud. el trato que recibió hoy parte de/los técnicos paramédicos de este cesfam.	1	2	3	4	5	6	7

V. PERSONAL PROFESIONAL

AHORA ME GUSTARIA QUE LE PUSIERA NOTA AL TRATO QUE RECIBO DE LOS PROFESIONALES QUE LA/O ATENDIERON HOY EN ESTE CESFAM. EN UNA ESCALA DE 1 A 7, QUE NOTA LE PONDRIA A...

El interés y la amabilidad de/la profesional que lo/a atendió	1	2	3	4	5	6	7
La explicación que le dio el/la profesional sobre su problema de salud y tratamiento	1	2	3	4	5	6	7
La posibilidad que le brindo el/la profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento	1	2	3	4	5	6	7
La disposición de/la profesional para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo	1	2	3	4	5	6	7
La confianza que le genero el/la profesional que le atendió	1	2	3	4	5	6	7
Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con que nota calificaría Ud. el trato que recibió del profesional de este cesfam?	1	2	3	4	5	6	7

VI. EVALUACION GENERAL DEL TRATO

Ahora considerando el trato recibido de parte de los administrativos del SOME, Técnicos Paramédicos y Profesionales ¿con que nota calificaría su experiencia general con el trato recibido hoy en este Cesfam?	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

VII. ¿QUE LE GUSTARIA QUE MEJOREMOS?

8. DISTRIBUCION

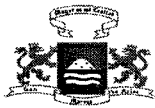
- Director(a) establecimiento de salud.
- Encargado(a) de Calidad del Establecimiento.
- Encargados(as) de Sector y Unidades.
- Todos los funcionarios (as)



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

9. REGISTRO DE CAMBIOS

Párrafo que se modifica	Página	Fecha.
Objetivo: Se modifica empleando los términos calidad asistencial y estándares de acreditación.	3	Diciembre 2014
Responsabilidades: <ul style="list-style-type: none">• Responsable ejecución: Se incluye la responsabilidad de los profesionales que son nombrados en la ejecución de los objetivos del programa.• Responsable del monitoreo y evaluación: Se especifica los tiempos para presentación de informe de evaluación del programa.	3	Diciembre 2014
Definiciones: <ul style="list-style-type: none">• Se modifica: El término calidad por calidad de atención en salud.• Se incorpora: La sigla N. A• Se elimina: El término control de calidad, sistema de vigilancia y resoluciones sanitarias.	3	Diciembre 2014
Modo operativo: <ul style="list-style-type: none">• Política de calidad: Modificada incorporando los conceptos de Disminución de riesgo asistencial y Equipo de atención.	4	Diciembre 2014
Modo operativo: <ul style="list-style-type: none">• 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.	4	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: Objetivo 1 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.	5	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 2 programa calidad 2015: Se incorpora la ejecución de capacitaciones en temas de calidad a todo funcionario(as) nuevo que ingresa a la institución.	6-7	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 4 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 4 del programa de calidad 2014 manteniendo las metas muy similares pero modificando actividades a realizar para el cumplimiento del objetivo planteado.	9-12	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 5 programa calidad 2015: Se incorpora la evaluación del trato entregado al usuario mediante aplicación de encuesta.	12-13	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 6 programa calidad 2015: Se incorpora el monitoreo del uso de credenciales de identificación de los funcionarios(as) que se desempeñan en el establecimiento de salud a manera de dar cumplimiento a uno de los derechos de los usuarios.	13-14	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 7 programa de calidad 2015: Se incorpora charlas de documentos institucionales aplicables por punto de verificación con su respectiva constatación de	14-15	Diciembre 2014



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

conocimiento mediante la evaluación de prueba escrita.		
Objetivos específicos del programa: • Objetivo 1 y 5 programa de calidad 2014: Se eliminan.	---	Enero 2015
Anexos: • Anexo N°1 y 2: Se agregan anexos que permiten llevar un registro de los indicadores dispuestos en los objetivos.	16-18	Diciembre 2014
Anexos: • Anexo N° 3: Programación de actividades: Se modifica de acuerdo a los objetivos planteados para el año 2015.	18-19	Diciembre 2014
Anexos: Anexo N° 4: Se agrega anexo que permiten llevar un registro de los indicadores dispuestos en los objetivos.	20-21	Enero 2015

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

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



SALVADOR URRUTIA CARDENAS
ALCALDE DE ARICA



CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

ATE/CCG/RTS/jsr.

Distribución:

- Contraloría Municipal
- Secretaria Municipal
- DESAMU
- Archivo