



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

EXENTO

DECRETO N° 923

ARICA, 19 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 de Régimen de Garantías Explícitas 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:

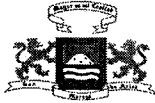
APRUEBASE el Programa de calidad 2015 para Cesfam Amador Neghme y Servicio de atención primaria de Urgencia (SAPU) dependientes del Departamento de Salud Municipal de Arica, documento que a continuación se transcribe:

1. OBJETIVO

Desarrollar un sistema de Gestión de calidad en el Cesfam Amador Neghme y establecimientos de salud dependientes de él, basado en los requerimientos de la normativa vigente (cumplimiento de los estándares de acreditación), teniendo como fin principal, otorgar un proceso de atención que vele por la seguridad y calidad de las prestaciones entregadas a los usuarios.

2. ALCANCE

El Programa de Calidad debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios del Cesfam A. Neghme y demás establecimientos de Salud dependientes de éste.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

3. RESPONSABILIDADES

- **Responsable ejecución:** *Todos los funcionarios* del establecimiento de salud y de los establecimientos dependientes de él son responsables de aplicar y cumplir con lo establecido en este programa.
Profesionales y administrativos 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:** *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 durante el primer semestre (Junio) y otro anual, 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.
- **SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia.

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 Amador Neghme R. 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.



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- 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”.

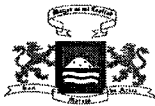
5.2 ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA GESTION DE CALIDAD.

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

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA.

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

Objetivo 1	Difundir a través de medios digitales los aspectos relevantes sobre el proceso de acreditación en salud.
Meta	<p>Enviar mensualmente al menos al 100% de los funcionarios del establecimiento de salud, que cuenten con correo institucional, un boletín informativo con las siguientes temáticas:</p> <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 1 vez por mes.
Registro verificador de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impresión de listado de correos a los cuales les fue enviado el boletín informativo (Donde conste fecha y “asunto” enviado) de acuerdo a Anexo N° 1. ▪ Listado de chequeo que registre los funcionarios que cuentan con correos institucionales y los funcionarios a los cuales les fue enviado el boletín informativo. ▪ Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2).
Indicador	<p>Nº de funcionarios del establecimiento que cuentan con correo institucional y les fue enviado boletín Informativo en el mes X</p> <hr/> <p>Nº total de funcionarios del establecimiento que cuentan con correo institucional en el mes X</p>
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- Responsable**
- Responsable de ejecución de las actividades: *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.

Objetivo 2 Realizar inducción, a todo funcionario 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.

Meta Realizar una inducción en los aspectos relevantes señalados en el objetivo, al 100% de los funcionarios nuevos que ingresan a desempeñar funciones en el establecimiento.

- Actividades**
- Solicitar a secretaria de dirección realizar lista mensual de funcionarios nuevos que ingresan al establecimiento.
 - Realizar inducción mensualmente a todo funcionario nuevo.
 - Implementar registro de asistencia a charla de inducción.

Registro verificador de cumplimiento

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

Indicador

$$\frac{\text{Nº total de funcionarios nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento que asistieron a inducción}}{\text{Nº total de funcionarios nuevos que ingresaron durante el mes a desempeñar labores en el establecimiento}} \times 100$$

Periodicidad y umbral. El indicador se evaluará mensualmente y se considerará un umbral de cumplimiento de 100%.

- Responsable**
- Responsable de ejecución de las actividades: *Secretaría de dirección*, es responsable de registrar lista mensual de funcionarios nuevos que ingresan al establecimiento. Solicitar listado, realizar inducción e implementar registros, responsable *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.

Objetivo 3 Realizar reuniones de la red de calidad interna con la mayor asistencia de sus integrantes designados.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Meta	Realizar reuniones de la red de calidad interna con una asistencia $\geq 80\%$ de sus integrantes.
Actividades	<ul style="list-style-type: none">Calendarizar reuniones mensuales de la red de calidad gestionando los bloqueos de agenda de los profesionales asistentesConvocar 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">Listas 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°2).
Indicador	$\frac{\text{N° de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados y asisten a reunión mensual}}{\text{N° total de integrantes que componen la red de calidad interna que fueron convocados a reunión mensual}} \times 100$
Periodicidad y umbral.	El indicador se evaluará <u>mensualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento $\geq 80\%$.
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 4	Cumplir con las características establecidas en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.
Meta	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. 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.
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 del Establecimiento y la red de calidad interna para la toma de decisiones en



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

	la mejora de los resultados obtenidos. <ul style="list-style-type: none">▪ 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).
Indicador	<p>Meta 1.- N° de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud que cumplen.</p> <hr/> <p>N° total de características obligatorias del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables 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 aplicables al establecimiento de salud que se cumplen.</p> <hr/> <p>N° total de características del manual de acreditación de prestadores de atención abierta aplicables al establecimiento de salud.</p>
Periodicidad y umbral.	<p>Meta 1.- El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 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">○ Revisar, elaborar e incorporar documentos e indicadores: <i>Encargados 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 de calidad de la institución.○ Evaluar los indicadores: <i>Profesional designado responsable</i> en documento institucional.○ Desarrollar, informar y exponer autoevaluaciones: <i>Encargado de calidad</i>.▪ Responsable de evaluación del indicador: <i>Encargado de calidad</i> del establecimiento de salud.▪ Responsable de análisis de los resultados: <i>Director, Encargado de calidad</i> del establecimiento de salud e <i>integrantes de la red de calidad</i> interna.
Objetivo 5	Vigilar activamente la implementación de los documentos institucionales de 4 características (GCL 1.8, AOC 1.1, INS 2.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores de atención abierta, mediante la aplicación de instrumentos de medición.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Meta	Lograr un 100% en cada uno de los indicadores que vigilan la implementación de los documentos institucionales derivados de 4 características (GCL 1.8, AOC 1.1, INS 2.1 y EQ 2.1) del manual de acreditación para prestadores de atención abierta
Actividades	<ul style="list-style-type: none">▪ GCL 1.8:<ul style="list-style-type: none">○ 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:<ul style="list-style-type: none">○ 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 trimestral evaluada mediante Pauta de cotejo creada que ponga en aplicación el Sistema de alerta y organización en caso de emergencia de riesgo vital. (Código: DSM-CAL-P23).▪ INS 2.1:<ul style="list-style-type: none">○ Ajustar pauta de cotejo inserta en Plan de evacuación institucional para evaluación de simulacros incluyendo elementos aplicables solicitados en cada punto de verificación (Dental, SAPU, Sectores de espera y toma de muestra) según pauta de acreditación○ Programar y realizar 1 simulacro anual de evacuación en caso de sismo y otro en caso de incendio, evaluados mediante una Pauta de cotejo que ponga en aplicación el Plan de evacuación, emergencias y desastres en atención primaria del Departamento de Salud municipal.○ Realizar informe de simulacro ejecutado.○ Confeccionar memo presentando informe de simulacro a director del establecimiento.▪ EQ 2.1:<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ GCL 1.8: Lista de chequeo para aplicación en terreno aplicadas.▪ AOC 1.1: Pauta de cotejo aplicada con ejecución de simulaciones.▪ INS 2.1: Informe de ejecución de simulacros con copia de Pauta de cotejo aplicada.▪ EQ 2.1: Memo con evaluación de cumplimiento de mantenciones preventivas a equipos de acuerdo a los plazos programados.▪ Registro de evaluación del indicador (Anexo N°2) por cada indicador evaluado.



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 "Listas de chequeo para aplicación en terreno" en el mes	X 100
	<hr/>	
	Nº total de muestras evaluadas con la "Listas de chequeo para aplicación en terreno" en el mes	
	AOC 1.1: Nº 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
	<hr/>	
	Nº 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	INS 2.1: a) Nº de elementos aplicables cumplidos de la pauta de cotejo de simulacro de incendio.	X 100
	<hr/>	
	Nº de elementos aplicables de la pauta de cotejo de simulacro de incendio.	
	b) Nº de elementos aplicables cumplidos de la pauta de cotejo de simulacro de sismo	X 100
	<hr/>	
	Nº de elementos aplicables de la pauta de cotejo de simulacro de sismo.	
Indicador	EQ 2.1: Nº de mantenciones preventivas a equipos programadas en el periodo evaluado que fueron realizadas	X 100
	<hr/>	
Nº de mantenciones 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 100%.▪ AOC 1.1: El indicador se evaluará <u>trimestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.▪ INS 2.1: El indicador se evaluará <u>anualmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.▪ EQ 2.1: El indicador se evaluará <u>semestralmente</u> y se considerará un umbral de cumplimiento 100%.	
Responsable	<ul style="list-style-type: none">▪ Responsable de ejecución de las actividades: <i>GCL 1.8, Muestras de PAP</i>: Responsable Matrón de PAP. <i>AOC 1.1</i>: Encargado de calidad y Enfermero encargado de procedimiento. <i>INS 2.1</i>: Ajustar Pauta de cotejo: Encargado de calidad Programar, realizar simulacros e informe y confeccionar memo: Responsable institucional del plan de evacuación. <i>EQ 2.1</i>: Profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.	



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

- Responsable de evaluación del indicador: GCL 1.8, Muestras de PAP: responsable Matrón de PAP.
AOC 1.1, INS 2.1 y EQ 2.1: Encargado de calidad del establecimiento de salud.
- Responsable de análisis de los resultados: Encargado de calidad del establecimiento de salud.

Objetivo 6 Asegurar el uso de credenciales de identificación en todos los funcionarios que desempeñan labores en la institución de salud y los establecimientos de salud dependientes de éste.

Meta Monitorear si el 100% de los funcionarios evaluados mensualmente, 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**
- Difundir el fundamento del objetivo a todos los funcionarios del establecimiento de salud.
 - Obtener el listado actualizado de todos los funcionarios que trabajan en el establecimiento mensualmente.
 - Realizar planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación.
 - Establecer el total (numérico) de funcionarios a supervisar mensualmente.
 - Realizar 1 supervisión mensual, como mínimo al 80% de los funcionarios del establecimiento, sin repetir ninguno durante el mes.
 - Enviar informe mensual de funcionarios que no estén portando credenciales de identificación durante la supervisión a director del establecimiento.

- Registro verificador de cumplimiento**
- Planilla de supervisión para evaluar el uso de credenciales de identificación.
 - Registro de evaluación del indicador (**Anexo N°2**)

Indicador
$$\frac{\text{Nº de funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento de salud y portan su credencial de identificación en un lugar visible para el usuario y en buenas condiciones de legibilidad en el momento de la evaluación.}}{\text{Nº total de funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento de salud que fueron evaluados.}} \times 100$$

Periodicidad y umbral. El indicador se evaluará mensualmente y se considerará un umbral de cumplimiento del 100%.

- Responsable**
- 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 del establecimiento de salud.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Objetivo 7	Instaurar una cultura de 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">▪ Determinar muestra a evaluar y los días en los cuales se aplicará.▪ Aplicar encuesta Satisfacción Usuaria (Anexo N°3) mensualmente.▪ Consolidar resultados de encuestas.▪ Difundir los resultados en consejo técnico y a través de boletín informativo a todos los funcionarios 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°2)
Indicador	$\frac{\text{Nº de encuestas de satisfacción usuaria aplicadas en el mes con nota igual o superior a 6.5}}{\text{Nº total de encuestas de satisfacción usuaria aplicadas en el mes}} \times 100$
Periodicidad y umbral.	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 Calidad más funcionarios designados por este para aplicación de la encuesta.▪ 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 director 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.
- Serie Cuadernos de Redes N°23. METODOLOGIA: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2009.
- Serie monografías de apoyo a la acreditación N°2. Indicadores de Calidad: Criterios para la definición de umbrales. Intendencia de Prestadores. Noviembre 2010.
- Compendio de Circulares que Instruyen a las Entidades acreditadoras sobre la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud. Pág. 34. "Al ámbito Gestión de la Calidad (CAL)". Versión N°2. Aprobada por la Circular IP N°24, de 16 de Mayo de 2013.
- Norma general técnica N°154 sobre Programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud, 12 de Septiembre del 2013, MINSAL.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

7. ANEXOS


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

1	Reuniones red interna de calidad.	Mensual	A partir de Enero 2015	15 aprox.	---
2	Envío boletín informativo a los correos institucionales de los funcionarios.	Mensual	A partir de Enero 2015, durante el transcurso del mes.	Todos los funcionarios del establecimiento que cuenten con correo institucional.	---
3	Inducción sobre Calidad y Acreditación, mejora continua, seguridad del usuario, protocolos, etc. a todo funcionario nuevo que ingresa al establecimiento.	Mensual, 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.	Trimestral	Abril-Julio- Octubre- Enero	---	---
5	Intervenciones en reuniones de consejo técnico para entrega de resultados de autoevaluaciones.	Trimestral	A partir de Enero 2015, 2° día de la estadística mensual	Director, CTA, jefes de programa y sectores.	---
6	Aplicación Lista de chequeo aplicación en terreno (PAP)	3 veces por semana.	A partir de enero 2015	---	---
7	Aplicación de encuesta satisfacción usuaria a un N° de usuarios atendidos por los diferente estamentos administrativos, Tens, Profesionales	Mensual	A partir de enero 2015, Durante el transcurso del mes evaluado	---	---
8	Supervisión del uso de credencial de identificación en funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento	Semanal	A partir de Enero 2015.	Todos los funcionarios que desempeñan labores en el establecimiento.	Se informará mensualmente a director del establecimiento, cumplimiento de este objetivo.
9	Ejecución de simulaciones sobre Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.	Trimestral	A partir de primer trimestre 2015	Equipo de calidad del establecimiento	---
10	Ejecución de simulacro de Plan de Evacuación.	Anual	Mayo 2015	Todos los funcionarios presentes en el establecimiento en el momento del simulacro	---



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

ANEXO N° 2: REGISTRO DE EVALUACION DE INDICADOR

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

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

PUNTO DE VERIFICACION:

CODIGO CARACTERISTICA	NOMBRE DOCUMENTO	CODIGO DOCUMENTO

NOMBRE INDICADOR:

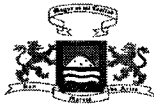
INDICADOR:

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO:

PERIODICIDAD:

REGISTROS QUE VALIDAN INDICADOR:

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



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

ANEXO N° 3: ENCUESTA DE 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 llego 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 píoche) 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 llego 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



MUNICIPALIDAD DE ARICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
 CESFAM AMADOR NECHNE 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 establecimiento de salud.
- Encargado de Calidad del Establecimiento.
- Encargado de SAPU.
- Encargados de Sector y Unidades.
- Todos los funcionarios



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

9. REGISTRO DE CAMBIOS

Párrafo que se modifica	Página	Fecha.
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	Noviembre 2014
Definiciones: <ul style="list-style-type: none">• Se modifica: El término calidad por calidad de atención en salud.• Se elimina: El término control de calidad, sistema de vigilancia y resoluciones sanitarias.• Se agrega: El término SAPU	3-4	Noviembre 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	Noviembre 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	Noviembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 1 programa de calidad 2015: Se modifica el objetivo definiendo un mecanismo de difusión de información para este 2015.	5	Noviembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 2 programa calidad 2015: Se incorpora la ejecución de charlas de inducción en temas de calidad a todo funcionario nuevo que ingresa a la institución.	6	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 3 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 2 del programa de calidad 2014 pero se da énfasis a la asistencia a las reuniones y no a la realización de estas como se especificaba en el programa de calidad 2014.	7	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 4 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 3 del programa de calidad 2014 manteniendo las metas pero modificando las actividades a realizar para el cumplimiento del objetivo planteado.	8-9	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 5 programa calidad 2015: Corresponde al objetivo número 4 del programa de calidad 2014 pero se modifica la meta para medir el cumplimiento de la implementación de los documentos y no de las características. Se modifica también una de las características evaluadas cambiándose el indicador que midió el documento de REG 1.1 por otro que medirá INS 2.1.	10-12	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: <ul style="list-style-type: none">• Objetivo 6 programa calidad 2015: Se incorpora el	13	Diciembre 2014



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

monitoreo del uso de credenciales de identificación de los funcionarios que se desempeñan en el establecimiento de salud a manera de dar cumplimiento a uno de los derechos de los usuarios.		
Objetivos específicos del programa: • Objetivo 7 programa calidad 2015: Se incorpora la evaluación del trato entregado al usuario mediante aplicación de encuesta.	14	Diciembre 2014
Objetivos específicos del programa: • Objetivo 5 y 6 programa calidad 2014: Se eliminan.	---	Diciembre 2014
Referencias: Se modifican y actualizan en relación a las notas técnicas, monografías y circulares de la superintendencia de salud.	15	Diciembre 2014
Anexos: • Anexo N°1: Programación de actividades: Se modifica de acuerdo a los objetivos planteados para el año 2015.	16	Diciembre 2014
Anexos: • Anexo N° 2 y 3: Se agregan anexos que permiten llevar un registro de los indicadores dispuestos en los objetivos.	17-19	Diciembre 2014

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

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



CARLOS TORRES FUENZALIDA
ALCALDE (S) DE ARICA



CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

ATF/CCG/RTS/jjr.

Distribución:

- Contraloría Municipal
- Secretaría Municipal
- DESAMU
- Archivo