



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE INGENIERÍA Y CIENCIAS

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DEL ESTÁNDAR GENERAL DE
ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE
ATENCIÓN ABIERTA. CASO DE ESTUDIO: CENTRO DE SALUD
FAMILIAR DE LUMACO**

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAGÍSTER EN SISTEMAS DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD**

AUTOR: SANDRA MARGARITA MUÑOZ HUARACAN

PROFESOR GUÍA: Dra. Martha Ramírez Valdivia
CO-GUÍA Mg. Matías Chávez Contreras

Temuco, Julio 2016

**DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DEL ESTÁNDAR GENERAL DE
ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE
ATENCIÓN ABIERTA. CASO DE ESTUDIO: CENTRO DE SALUD
FAMILIAR DE LUMACO.**

AUTOR: SANDRA MARGARITA MUÑOZ HUARACAN

MARTHA RAMIREZ VALDIVIA

Profesor Guía

MATIAS CHAVEZ CONTRERAS

Profesor Co-guía

MARJORIE MORALES CASETTI

Profesor Examinador Interno

PATRICIA VARGAS VILLAROEL

Profesor Examinador Interno

ERICK SCHEUERMANN SALINAS

Profesor Examinador Interno

Nota trabajo escrito : 6.6

Nota examen : 7.0

*Dedico este trabajo AFE, a mis
padres quienes me inculcaron el
valor del esfuerzo y la superación
personal.*

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores quienes me guiaron y motivaron constantemente para seguir adelante. A mis compañeros de trabajo que compartieron sus conocimientos y experiencia laboral, y a quienes se dieron el tiempo para colaborar con información para el desarrollo de este trabajo, a los miembros del Comité de Calidad por orientarme y trabajar en equipo en el desarrollo de las actividades planteadas en este trabajo, a la dirección del CESFAM Lumaco, por brindarme la oportunidad de ser Encargada de Calidad y confiar en mi desempeño laboral.

A mis padres, hermanos y familia quienes me han entregado su apoyo incondicional en cada paso que he dado, enseñándome el valor del crecimiento personal.

A mis compañeros de magister, en especial a Claudia y Verónica, quienes durante este periodo compartimos días y noches dedicados al desarrollo de trabajos, informes, pruebas y AFE.

A Laura por su apoyo de años a pesar de las distancias, a Karina por su amistad fraternal, a Stefano por sus buenas energías, Viviana por ser como una hermana y a Jaheel por su amistad cómplice y aventuras. A Valeria, Susana y amigos quienes en todo momento me brindaron su apoyo y compañía aun en momentos difíciles.

A todos quienes de alguna u otra manera me inspiraron para aprender, creer en que podía cumplir esta meta, a quienes fueron mi ejemplo de superación, responsabilidad y tenacidad.

A todos quienes formaron parte del desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPITULO 1. ANTECEDENTES.....	1
1.1 Calidad en salud.....	1
1.1.1 Proceso de Acreditación.....	3
1.1.2 Requisitos previos a la acreditación.....	5
1.1.3 Prestadores acreditados en la actualidad.....	5
1.1.4 Experiencias del proceso de acreditación en salud.....	7
1.1.4. a) Laboratorio de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).....	8
1.1.4.b) Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción...9	
1.1.4.c) Clínica Alemana de Santiago.....	10
1.1.4.d) Hospital Exequiel González Cortés.....	12
1.2 CESFAM Lumaco	13
1.2.1 Antecedentes.....	13
1.2.2 Antecedentes de la comuna.....	14
1.2.3 CESFAM Lumaco	15
1.2.4 Comité de calidad y seguridad del CESFAM Lumaco.....	15
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general.....	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
CAPÍTULO 2. Metodología.....	19
CAPÍTULO 3. Diagnostico de la situación actual del CESFAM Lumaco.....	21
3.1 Análisis de requisitos de aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta	21

3.1.1	Contraste de requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta con la situación actual del CESFAM LUMACO.....	23
3.1.1.a)	Requisito de autorización sanitaria.....	23
3.1.1.b)	Requisito de autoevaluación.....	25
3.1.2	Leyes y/o documentos técnicos asociados al proceso de acreditación	25
3.1.3	Planificación de la aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta al contexto del CESFAM Lumaco.....	29
3.1.3.a)	Estándar general para los prestadores institucionales de atención abierta	30
3.1.4	Descripción de la tabla utilizada por la pauta de estándar general	32
3.1.5	Aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta en el CESFAM Lumaco.....	33
3.1.5.b)	Ámbito gestión de calidad (CAL).....	36
3.1.5.c)	Ámbito gestión clínica (GCL).....	38
3.1.5.d)	Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la atención (AOC)	40
3.1.5.e)	Ámbito competencias de recurso humano (RH).....	42
3.1.5.f)	Ámbito registros (REG).....	45
3.1.5.g)	Ámbito seguridad del equipamiento (EQ).....	46
3.1.5.h)	Ámbito dignidad del paciente (DP).....	48
3.1.5.i)	Ámbito gestión clínica (GCL).....	57
3.1.5.j)	Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)	61
3.1.5.k)	Ámbito competencias del recurso humano (RH).....	63
3.1.5.l)	Ámbito registros (REG).....	69
3.1.5.m)	Ámbito seguridad del equipamiento (EQ).....	73
3.1.5.n)	Ámbito seguridad de las instalaciones (INS).....	77
3.1.5.ñ)	Servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico.....	83
3.1.5.o)	Laboratorio clínico (APL).....	83
3.1.5.p)	Unidad de farmacia (APF).....	88
3.1.5.q)	Servicio de esterilización (APE).....	92
3.1.5.r)	Unidad de diálisis (APD).....	94
3.1.5.s)	Servicio de anatomía patológica (APA).....	94
3.1.5.t)	Servicio de kinesioterapia (APK).....	95
3.1.6	Condición de cumplimiento de la aplicación de la pauta de estándar general de acreditación.....	98

CAPÍTULO 4. experiencias de centros de salud de atención abierta acreditados en la zona sur de Chile.....	111
4.1 Selección de establecimientos de atención abierta del sur del país.....	111
4.2 Proceso visita al establecimiento seleccionado	112
4.2.1 Planificación de visita al establecimiento	112
4.2.2 Proceso de visita y experiencia de acreditación del CESFAM Lorenzo Arenas	
114	
4.2.2.a) Proceso de Acreditación CESFAM Lorenzo Arenas.....	115
4.2.3 Aprendizaje de la visita al CESFAM Lorenzo Arenas	119
 CAPÍTULO 5. planificación de acciones para cumplir con requisitos del estándar general de acreditación.....	121
5.1 Propuesta de plan de implementación.....	121
Fuente: Elaboración propia	123
5.2 Propuesta de plan de acción en el CESFAM Lumaco	123
 CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	124
 BIBLIOGRAFIA	128
 GLOSARIO	133
 A N E X O S	135
 Anexo A: Programa de trabajo 2016 comité de calidad	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3. 1 Modelo tabla para evaluación características	32
Tabla 3. 2. DP 1.1	33
Tabla 3. 3. DP 4.1	35
Tabla 3. 4. CAL 1.1	36
Tabla 3. 5. GCL 1.2 / GCL 1.4	38
Tabla 3. 6: GCL 1.8	39
Tabla 3. 7. AOC 1.1	40
Tabla 3. 8. AOC 2.1	41
Tabla 3. 9. RH 1.1	43
Tabla 3. 10. RH 1.2	44
Tabla 3. 11. REG 1.1	45
Tabla 3. 12. EQ 2.1	46
Tabla 3. 13. DP 1.2	48
Tabla 3. 14. DP 1.3	50
Tabla 3. 15. DP 2.1	51
Tabla 3. 16. DP 3.1	53
Tabla 3. 17. DP 4.2	54
Tabla 3. 18. DP 5.1	56
Tabla 3. 19. GCL 1.1	57
Tabla 3. 20. GCL 1.3	58
Tabla 3. 21. GCL 1.5	59
Tabla 3. 22. GCL 2.2	60
Tabla 3. 23. AOC 1.2	62
Tabla 3. 24. RH 2.1	63
Tabla 3. 25. RH 2.2	64
Tabla 3. 26. RH 3.1	65
Tabla 3. 27. RH 4.1	67
Tabla 3. 28. RH 4.2	68
Tabla 3. 29. REG 1.2	69

Tabla 3. 30. REG 1.3	70
Tabla 3. 31. REG 1.4	72
Tabla 3. 32. EQ 1.1	73
Tabla 3. 33. EQ 1.2	74
Tabla 3. 34. EQ 2.2	75
Tabla 3. 35. EQ 3.1	76
Tabla 3. 36. INS 1.1	77
Tabla 3. 37. INS 2.1	79
Tabla 3. 38. INS 2.2	80
Tabla 3. 39. INS 3.1	81
Tabla 3. 40. INS 3.2	82
Tabla 3. 41. APL 1.1	83
Tabla 3. 42. APL 1.2	84
Tabla 3. 43. APL 1.3	85
Tabla 3. 44. APL 1.4	87
Tabla 3. 45. APL 1.5	87
Tabla 3. 46. APF 1.2	88
Tabla 3. 47. APF 1.3	90
Tabla 3. 48. APF 1.4	90
Tabla 3. 49. APE 1.3	92
Tabla 3. 50. APE 1.4	93
Tabla 3. 51. APD 1.1	94
Tabla 3. 52. APA 1.1	95
Tabla 3. 53. APK 1.2	95
Tabla 3. 54. APK 1.3	96
Tabla 3. 55. Condición de cumplimiento características obligatorias	98
Tabla 3. 56. Condición de cumplimiento, ámbito DP	100
Tabla 3. 57. Condición de cumplimiento, ámbito GCL	101
Tabla 3. 58. Condición de cumplimiento, ámbito AOC	102
Tabla 3. 59. Condición de cumplimiento, ámbito RH	102
Tabla 3. 60. Condición de cumplimiento, ámbito REG	103

Tabla 3. 61. Condición de cumplimiento, ámbito EQ	104
Tabla 3. 62. Condición de cumplimiento, ámbito INS	104
Tabla 3. 63. Condición de cumplimiento, ámbito APL	105
Tabla 3. 64. Condición de cumplimiento, ámbito APF	106
Tabla 3. 65. Condición de cumplimiento, ámbito APE	107
Tabla 3. 66. Condición de cumplimiento, ámbito APD.....	107
Tabla 3. 67. Condición de cumplimiento, ámbito APA.....	108
Tabla 3. 68. Condición de cumplimiento, ámbito APK.....	108
Tabla 3. 69 Porcentaje de cumplimiento CESFAM Lumaco	109
Tabla 5. 1. Tabla de plan de trabajo por ámbito	123

RESUMEN

La ley AUGE establece la garantía de calidad, la cual establece el derecho de las personas a recibir prestaciones con un estándar que garantice un mínimo de calidad. La acreditación es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con la calidad de la atención en una institución determinada, que aspira a resolver patologías de Garantías Explícitas en Salud, comparándola con estándares establecidos por el MINSAL (Ministerio de Salud). Actualmente (2015), se encuentran 128 prestadores institucionales en salud acreditados y registrados en el Chile, de los cuales, seis corresponden a Centros de Salud Familiar (CESFAM) acreditados hasta el momento.

El objetivo general de este AFE (Actividad Formativa Equivalente) es elaborar una estrategia de gestión para la implementación del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta para el CESFAM de la comuna de Lumaco, en Chile. En este contexto, se realiza en primer lugar un diagnóstico de la situación actual del CESFAM Lumaco con base en los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención. En segundo lugar, se identifican buenas prácticas basados en la experiencia de un centro de salud de atención abierta de la zona sur de Chile, y finalmente, se planifican las acciones necesarias para que el CESFAM de la comuna de Lumaco se encuentre en mejores condiciones de cumplir con los requisitos del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta en Chile.

Palabras Claves: CESFAM, acreditación, atención primaria, calidad

ABSTRACT

The AUGE law establishes a quality assurance program, which establishes the right of people to receive benefits with a minimum quality.

The accreditation is a process of periodic assessment designed to measure the degree of compliance of practices related to quality of care in a given institution, which aims to solve pathologies that are guaranteed to be covered when compared with standards established by the MINSAL. Currently, there are 128 accredited institutional health providers and registered in the country, of which six Family Health Centers (CESFAM) accredited so far.

The overall objective of the AFE is to develop a management strategy for implementing the general standard of accreditation for a public institutional primary healthcare provider named CESFAM Lumaco. We First this research diagnose the current situation of CESFAM Lumaco based on the requirements of the pattern of the general standard of accreditation for institutional care providers; Second, it identify is good practices based on the experience of a primary health care center located in the south of Chile; and finally, we plan the necessary actions for the CESFAM Lumaco to be able to meet the requirements of the general standard of accreditation for public primary healthcare providers.

Keywords : quality, accreditation, primary healthcare

CAPITULO 1. ANTECEDENTES

1.1 Calidad en salud

El término calidad en salud es un concepto que tiene sus orígenes hace varias décadas. La Organización Mundial de la Salud —OMS— (Sotos) definió calidad como “... aquella cualidad que permite que el paciente sea diagnosticado y tratado de forma correcta según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos con un costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgo a un posible daño adicional y la máxima satisfacción del paciente”. Por su parte, Donabedian, médico pionero en el estudio y medición de la calidad asistencial, definió calidad de la asistencia sanitaria como “... el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud” (1991).

La seguridad del paciente es el componente clave de la calidad asistencial, siendo definido como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables producidas como consecuencia de la atención recibida. La atención insegura, se entiende como la conducta que ocurre durante el proceso de prestación en servicios en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente o evento adverso pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras (La Seguridad del Paciente, 2012).

Desde un punto de vista económico, la OMS estima que “... las atenciones inseguras generan gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. Basta considerar que el solo costo anual generado por inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. La importancia del tema fue tal, que motivó a la OMS a establecer la Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente el 2004” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico —OCDE—, por su parte, desarrolló entre el 2001 y el 2006 el proyecto “Indicadores de Calidad en Salud”, con el objetivo de obtener un set de indicadores que otorgaran una mirada robusta de la calidad en salud y que pudiera ser confiablemente reportada por todos los países usando datos comparables (Mattke y Leatherman), 2006). Desde la creación de la *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations*—JCAHO—, organismo de acreditación y fijación de estándares de atención de la salud más antiguo y grande de los Estados Unidos, quienes elaboraron el primer manual de acreditación sanitaria, se viene impulsando en varios países este proceso que gestiona la calidad de los servicios de salud. La acreditación constituye uno de los métodos elegidos como herramienta para impulsar la calidad en el sistema sanitario y consiste en la evaluación de una institución sanitaria comparándola con estándares previamente establecidos que están publicados y son de dominio público (Bohigas, 1995).

Los objetivos sanitarios se definen como una referencia fundamental para establecer intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse. En el sistema de salud nacional, su formulación fue producto de un trabajo extenso, que incluyó el estudio de la experiencia internacional, el análisis de la situación de salud del país y la reflexión conjunta de los equipos técnicos del Ministerio de Salud y los integrantes de las mesas de discusión de la reforma. Además, estos objetivos se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias las cuales, en consecuencia, tienen como insumo principal los problemas de salud que afectan a la población. “En Chile, a partir de la Reforma en Salud en el año 2005, se definieron cuatro objetivos sanitarios para la década del 2000 al 2010: i) Mantener y mejorar logros sanitarios alcanzados, ii) enfrentar los desafíos del envejecimiento y cambios de sociedad, iii) disminuir la desigualdad y iv) satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios” (Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2015). Estos objetivos se encuentran en el marco de implementación de un modelo de atención con un nuevo paradigma cuya base son los determinantes sociales, prevención y promoción en salud y un modelo de salud familiar y comunitario.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados por el ministerio de salud de Chile, se implementa la Ley AUGE —Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud—, la cual establece las garantías de: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Esta última garantía se traduce como el derecho de las personas a recibir cierto grupo de prestaciones con un nivel mínimo de calidad, por lo que se establece que los profesionales, hospitales y centros de salud que otorgarán dichas prestaciones que aspiran a resolver patologías Garantías Explícitas en Salud —GES—, deben estar acreditadas e inscritas en la Superintendencia de Salud (Art.4º, letra b, Ley 19.966: Régimen General de Garantías en Salud, 2005).

1.1.1 Proceso de Acreditación

La acreditación de establecimientos de salud en Chile, es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con la calidad de la atención en una institución determinada comparándola con estándares establecidos por el Ministerio de Salud —MINSAL— y como resultado de este proceso de acreditación, el establecimiento puede ser: i) Acreditado, ii) Acreditado con observaciones y iii) No acreditado (MINSAL, 2007)

En el proceso de acreditación, el establecimiento de salud, se somete a una evaluación de la situación actual, la cual se realiza a través de la comparación del cumplimiento de los requisitos mínimos de un conjunto de estándares establecidos en dos instrumentos técnicos: los “manuales” y las “pautas de cotejo”. Existen manuales y pautas para cada tipo de prestador según el tipo de atención: Atención cerrada —clínicas y hospitales—, atención abierta —consultorios y centros médicos—, atención psiquiátrica cerrada —hospitales psiquiátricos—, centros de diálisis, servicios de esterilización, servicios de imagenología, laboratorios clínicos, servicios de radioterapia y unidades de quimioterapia ambulatoria. Cada manual contiene información general, informes de autoevaluación, instrucciones y criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras; además de reglas de decisión, ámbitos, componentes, características, glosarios y abreviaturas. Algunos instrumentos disponibles para apoyar el proceso de acreditación

en sus distintos ámbitos son: circulares interpretativas, oficios circulares, monografías, y observatorio de buenas prácticas (SUPERSALUD, 2015)

Dentro de la acreditación de calidad existen diversos ámbitos los cuales definen los alcances generales que se espera que la política pública cumpla, y estos son (Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. Superintendencia de Salud, 2008):

- a. Respeto a la dignidad del paciente.
- b. Gestión de la calidad.
- c. Gestión clínica.
- d. Acceso, oportunidad y calidad de la atención.
- e. Competencias del recurso humano.
- f. Registros.
- g. Seguridad del equipamiento.
- h. Seguridad de las instalaciones.
- i. Servicios de apoyo.

Estos ámbitos se encuentran desglosados en cada manual para prestadores institucionales. En caso de El Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, contiene los 9 ámbitos, los cuales están conformados por 34 componentes y 90 características, 12 de ellas de carácter obligatorio.

Para obtener la acreditación, el establecimiento debe cumplir con la totalidad de las características obligatorias, además de cumplir con un 50% o más del total de características, para el proceso. De no lograr la acreditación en una primera instancia, se debe postular nuevamente en una segunda instancia, donde la exigencia de cumplimiento de características aumenta a un 70% además de las características obligatorias. En caso de no aprobar la acreditación, se debe postular en una tercera instancia, donde la exigencia aumentara a un 95% de las características no obligatorias además de las obligatorias para la obtención de la acreditación (MINSAL, 2009)

1.1.2 Requisitos previos a la acreditación

Debe cumplirse con ciertos requisitos mínimos para la acreditación: (i) autorización sanitaria vigente, lo que garantiza que los requisitos estructurales de la calidad se cumplen; (ii) haber realizado un proceso de autoevaluación en los 12 meses previos a la solicitud; (iii) presentar solicitud de acreditación ante la Intendencia de Prestadores; (iv) personería jurídica del establecimiento; y (v) ficha técnica actualizada. (Ayarza, 2015)

Para la realización de la solicitud de acreditación para prestadores institucionales en salud, el representante legal del Prestador Institucional debe presentar la solicitud ante la Intendencia de Prestadores. En el formulario físico o electrónico establecido debe indicarse claramente el o los estándares por los cuales solicitan acreditación. Se debe adjuntar copia de la autorización sanitaria y del informe de su proceso de autoevaluación que debe haber concluido 12 meses previos a la acreditación. La acreditación tiene un periodo de vigencia de 3 años, posterior a éste debe renovarse.(MINSAL, 2007).

1.1.3 Prestadores acreditados en la actualidad

El Ministerio de Salud de Chile, estableció como fecha límite el año 2013, para que los prestadores en salud de atención cerrada (hospitales) postularan al proceso de acreditación y la obtuvieron, fecha que debió postergarse a junio del 2016, ya que el número de instituciones acreditadas era bajo, esperándose que para el año 2018 todas las instituciones que deseen realizar prestaciones del GES se acrediten (Superintendencia de Salud, 2014).

El Superintendente de Salud indicó que “... la acreditación a nivel nacional ha sido más lento de lo que fue presupuestado. Creemos que ciertas metas fueron voluntaristas, ha sido problemático tanto para el sector público como para el privado, pero creemos que todavía falta que se incorporen de manera más entusiasta los establecimientos” (El Tipógrafo, 2014).

Algunas de las razones que podrían explicar el bajo número de instituciones acreditadas hasta el momento son, en primer lugar, que la acreditación requiere del trabajo

coordinado de muchas personas, con distintos niveles de conocimiento y muchas veces, distintos intereses; es complejo motivar a los equipos de trabajo y alinear la estrategia de organizaciones compuestas por funcionarios que se desempeñan en distintas funciones, reviste un gran desafío para cualquier dirección. Adicionalmente, la compleja cultura organizacional es comúnmente considerada como una de las restricciones mayores a cualquier cambio organizacional que se busque. En segundo lugar, el sector de salud chileno presenta problemas estructurales de financiamiento (Zúñiga, 2007) lo cual a nivel local genera que el personal destine prácticamente la totalidad de su tiempo a labores de atención de usuarios; además, debido al exceso de programas asistenciales a cargo de cada profesional, éstos dejan relegada la revisión de procesos e implementación de prácticas de gestión. Finalmente, se debe mencionar también que la acreditación no considera las desigualdades intercomunales, ni apoyo —por ejemplo de capacitación de recursos humanos— y que no hay un plan de complemento con otras iniciativas relacionadas a la calidad (Herrera, C. (2011).

En abril del 2015, la Superintendencia de Salud registró un total de 128 prestadores de instituciones en salud acreditados en el país, 30 son prestadores de atención cerrada privados, 29 de atención cerrada sector público, 36 de atención abierta de sector privado, 8 de atención abierta sector público, 6 otros prestadores públicos y 19 de atención psiquiátrica, laboratorio, imagenología y centros de diálisis. Se registran 33 prestadores en salud no acreditados, 28 prestadores en proceso de acreditación (incluyendo proceso de evaluación), de los cuales 3 prestadores son de atención cerrada privados, 10 prestadores de atención cerrada públicos, 11 prestadores de atención abierta privados y 4 de esterilización, psiquiátricos y laboratorios clínicos. Además, se mencionan 52 prestadores que desisten de solicitar el proceso de acreditación. De los prestadores acreditados de atención abierta al 23 de abril del 2015, fecha en que se inicia este trabajo, se encontraban acreditados 6 Centros de Salud Familiar —CESFAM—, además de existir 6 en proceso de acreditación. (Superintendencia de Salud 2015).

1.1.4 Experiencias del proceso de acreditación en salud

La acreditación es uno de los mecanismos influyentes para evaluar el desempeño de las organizaciones de salud y la mejora de la calidad y seguridad de los servicios de salud (Hirose, 2003). Su objetivo es fomentar la mejora continua de la calidad más que el simple mantenimiento de niveles mínimos de rendimiento. También es descrito como el reconocimiento público que emana del cumplimiento de estándares específicas, que se demuestran después de una evaluación externa (Shaw, 2004). El país que inició estas experiencias es Estados Unidos, quien desde principios de siglo realiza actividades relativas a este tema. La institución más importante en este país y pionera en el mundo es la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* o Comisión conjunta sobre la acreditación de las organizaciones sanitarias—JCHO—. Los programas de acreditación de la JCHO se utilizan en hospitales, centros de salud mental, asistencia domiciliaria, centros sociosanitarios, centros ambulatorios, laboratorios clínicos y redes de servicios sanitarios. Otros países como Canadá, Australia y Reino Unido tienen sistemas de acreditación parecidos, algunos de ellos inspirados en el de la JCHO. En Estados Unidos se acreditaron unos 5.000 hospitales, en Canadá unos 400, en Australia 200, en el Reino Unido cerca de 100 y en Nueva Zelanda 60. Estas cifras son aproximadas, ya que cambian año tras año (Bañeres, 2003).

Los estándares de la acreditación internacional de la JCHO son:

- Estándares centrados en el paciente
 - Accesibilidad y continuidad de la atención
 - Derechos del paciente y de la familia
 - Evaluación del paciente
 - Atención al paciente
 - Educación del paciente y de la familia
- Estándares de gestión de la organización
 - Gestión y mejora de la calidad
 - Prevención y control de la infección
 - Gestión y seguridad de las instalaciones

- Formación y cualificaciones del personal
- Gestión de la información

Estos estándares se encuentran asociados a cumplimientos de exigencias mínimas para la obtención de certificación, la cual se ha ido implementando y adaptando en los distintos países que incorporan la acreditación para instituciones de la salud. A partir de la acreditación en salud, se espera obtener resultados sustantivos en las instituciones acreditadas / no acreditadas, como por ejemplo:

1. Mejorar la atención de los pacientes.
 2. Promover la estandarización de los procesos de atención en instituciones de salud.
 3. Contribuir a la mejora de salud de los pacientes y aumentar la satisfacción de los funcionarios.
 4. Aumentar la seguridad para los pacientes y el personal.
 5. Mejorar la eficiencia de los recursos económicos de salud.
 6. Mejorar de la fluidez de la comunicación e información en las instituciones de salud.
 7. Contribuir al desarrollo profesional (los funcionarios adquieren conocimientos de acreditación)
 8. Generar una cultura organizacional coherente (fomentando mismas normas y el lenguaje de la comunicación y el conocimiento compartido en la institución).
- (Jafaaripooyan, 2011).

A continuación se presentan cuatro experiencias en las cuales se implementò un proceso de acreditación:

1.1.4. a) Laboratorio de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

En 2004 se activó un programa de calidad inicial para el proceso de acreditación en salud, que puso en marcha una serie de acciones, de las que se destacan : análisis de procesos y formulación de acciones de mejora, definición de procedimientos normalizados de trabajo para diversas actividades, experiencia de los funcionarios, creación de grupos de mejora, contar con apoyo intensivo, asesoría externa, auditoría, y certificación o acreditación externa. La formalización de un modelo general de procesos

permitió tener un marco conceptual de referencia, clarificando las secuencias entre actividades y las relaciones entre actividades y equipos, donde la evaluación externa de los servicios se reveló como una herramienta poderosa. Finalmente, la implementación de un modelo de gestión inspirado en la *European Foundation for Quality Management* —EFQM—, lo que permitió plantear una perspectiva integrada y realizar una evaluación periódica global y sistemática de la organización, identificando en cada momento aspectos prioritarios a trabajar. Entre las principales dificultades encontradas, destaca que no en todas las dependencias se implicaban en igual medida en el proceso, teniendo implementaciones externas con serias dificultades para implantarse sistemáticamente.

- Así, surgieron diversas recomendaciones(Joan, 2012):
- Implementación de acciones claras, permitirán innovar en la organización
- Instaurar un programa estructurado, como el modelo EFQM

1.1.4.b) Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción

Las Mutuales de seguridad son instituciones encargadas de las acciones en prevención de riesgo, de los servicios y tratamientos del trabajo y enfermedades profesionales. Una de ellas, la Mutual de Seguridad, cuenta en la actualidad con 11 centros acreditados a nivel nacional, incluyendo su Hospital Clínico, el cual comienza el año 2008 a trabajar para establecer una cultura de calidad en los distintos procesos asociados a la atención de sus pacientes. Dentro de las estrategias para lograr la acreditación, destaca el compromiso transversal adquirido por todas las áreas de la institución, creando la Unidad de Calidad a nivel central, que dependió directamente de la Dirección Médica Nacional y la Gerencia de Salud. Además, contaba con Unidades de Calidad y Seguridad en cada centro con equipos multidisciplinarios, liderados por el encargado de Calidad, quienes periódicamente dan cuenta de sus avances a la Unidad Central. Se realizaron visitas regulares con la aplicación de las pautas de cotejo del manual de acreditación de atención abierta programadas por semestre. Se realizó además una asesoría externa que trabajó en conjunto con las diversas áreas clínicas en el levantamiento de procesos críticos para la calidad, la seguridad del paciente y el estándar de acreditación. Los

documentos y procedimientos fueron revisados y aprobados por un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras y otros profesionales involucrados, creando un apoyo informático en intranet, con un espacio de *e-learning* para profundizar en los temas de la política de calidad y la acreditación. Las principales dificultades encontrados incluyen la de involucrar a las personas para un verdadero trabajo en equipo y mantener la motivación, a pesar de las dificultades del proceso.

La institución recomienda tener un foco y en el caso de la salud, es el paciente, siendo esto la base de partida como conducta motivadora. Otros factores claves a considerar son (Supersalud, Observatorio de Calidad en Salud: Experiencias en Acreditación, 2013):

- El compromiso Gerencial con el objetivo de instaurar una política de calidad.
- La conformación de una estructura organizacional de calidad, para comenzar y potenciar el trabajo en equipo.
- La capacitación transversal a la organización.
- El establecimiento de una normativa aprobada y revisada por los actores de los procesos.
- El desarrollo de competencias duras y blandas de los responsables, potenciando líderes.
- Liderazgo, disciplina y trabajo en equipo.

1.1.4.c) Clínica Alemana de Santiago

La Clínica Alemana de Santiago de Chile es el primer establecimiento de atención cerrada del país en ser acreditado. En el año 2007 inicia formalmente un proceso de integración de cultura de calidad, optando a una acreditación internacional conforme a los estándares de calidad y seguridad en la atención del paciente definidos por la *Joint Commission International* –JCI–. Durante los años 2007 y 2008 se conformó una estructura organizacional específica para que los temas referentes a calidad pudieran ser definidos, formulados y concretados en cada área, involucrando en este proceso además a la Dirección de la Clínica, tanto médica como administrativa. Luego, se conformaron

unidades de calidad y representantes en cada área. Posteriormente, se realizaron proyectos desarrollados por grupos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, ingenieros, kinesiólogos, etc.). A continuación se comunicó a todo el personal la intención de acreditar y se desarrolló una amplia plataforma comunicacional para la necesaria capacitación del personal a través de charlas, reuniones clínicas, capacitaciones específicas, boletines informativos, medios electrónicos y otros. Posteriormente se efectuaron autoevaluaciones internas en visitas directas a los servicios y unidades, además de dos autoevaluaciones formales por profesionales propios, según la metodología de la JCI. A fines de 2008 la clínica se sometió a una evaluación de Calidad y acreditación por parte de expertos en dicha materia de la Clínica Mayo de los Estados Unidos, para fines de capacitación y aprendizaje adicionales. En abril de 2009, la Clínica Alemana fue visitada por una comisión de expertos de JCI realizando un proceso formal de evaluación, logrando la acreditación con un cumplimiento de un 97,33% respecto de los 350 estándares y más de 1200 elementos medibles evaluados.

En marzo 2009, el Ministerio de Salud de Chile, da a conocer el manual de estándar general para instituciones de atención cerrada. El proceso fue similar al proceso de acreditación internacional, anteriormente realizada; primero se trabajó con los encargados de calidad en cada departamento en grupos multidisciplinarios y en estrecho contacto con la Dirección Médica y Administrativa. Luego se profundizó en la difusión de los estándares y la metodología de la acreditación nacional, utilizando la misma plataforma comunicacional previamente establecida. Posteriormente se efectuaron autoevaluaciones, conducidas por profesionales propios de la Clínica Alemana para detectar el grado de cumplimiento de los diversos procesos necesarios y corregir aquellos deficitarios. Las recomendaciones realizadas fueron (SUPERSALUD, 2010) :

- Posicionar la Calidad como objetivo estratégico, desde las más altas esferas directivas y administrativas.
- Explicitar que la acreditación no es un fin sino exclusivamente un medio para medir y corregir los procesos orientados a alcanzar y mantener dicho objetivo.
- Generar una estructura organizacional que permita cumplir con el mismo.

- Designar a los profesionales necesarios según ese organigrama, con la definición de sus funciones y tareas.
- Comprometer a cada Unidad, Servicio y Departamento con el logro del objetivo estratégico
- Definir y seguir una metodología de evaluación por estándares validados, conocidos y medibles.
- Generar grupos de trabajo multidisciplinarios, alrededor de los procesos definidos.
- Fijar un calendario de trabajo. Un marco razonable para lograr la acreditación debe contemplar dos años de trabajo mantenido.
- Crear una plataforma comunicacional que abarque a toda la institución
- Evaluar en forma frecuente el resultado del avance, en terreno.
- Difundir el resultado de estas evaluaciones, tanto a la Dirección Médica y Administrativa, como a las Unidades, Servicios y Departamentos involucrados.
- Ajustar los procesos según la evaluación periódica.
- Crear y mantener una verdadera cultura institucional basada en la calidad y seguridad de atención del paciente.

1.1.4.d) Hospital Exequiel González Cortés

En el año 2009, el hospital Exequiel González Cortés, declara la intención de certificar en calidad. Las principales dificultades del proceso fueron el desarrollo de los protocolos y la implementación de los cambios que el manual de acreditación exigía, lo cual se realizó durante el 2010 y el primer semestre del año 2011. Las principales estrategias fueron: (i) la tarea de informar y hacer partícipe a un gran porcentaje de la comunidad hospitalaria a través de reuniones ampliadas y dinámicas grupales, que facilitaron la difusión de conceptos asociados a la calidad asistencial y ayudaron a alinear al equipo de trabajo; (ii) la formación de la “Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente” —UCSP—, con dependencia directa de la Dirección, en un trabajo integrado con las subdirecciones médica, administrativa y de enfermería, con designación de profesionales a tiempo completo; (iii) la incorporación de un profesional de la salud con experiencia en Gestión de la Calidad y con formación en acreditación, quién junto a la médico

asesor, desarrollaron la planificación de la acreditación; (iv) el diagnóstico y aplicación con la misma pauta de evaluación de estándares y evaluación de cada uno de los ámbitos, obteniéndose un resultado de 17% de cumplimiento global, lo que permitió identificar inmediatamente la brecha que debía abordarse, para lograr el éxito, haciéndose un diagnóstico al personal sobre conocimiento de calidad, obteniéndose resultados deficientes; (v) el uso del sistema informático SIS-Q para el desarrollo de protocolos y procedimientos de manera más expedita; (vi) monitorizar indicadores; (vii) la distribución de responsables por ámbito.

El año 2011, entre la primera y segunda semana de septiembre el hospital es sometido a evaluación, con resultado favorable. De esta manera, el Hospital EGC se transforma en el primer hospital público en acreditar la calidad asistencial y en la segunda institución pública, después del Instituto Nacional del Cáncer. (Hospital Exequiel González Cortes, 2010).

1.2 CESFAM Lumaco

1.2.1 Antecedentes

El Servicio de Salud Araucanía Norte –SSAN– y el Servicio de Salud Araucanía Sur –SSAS– nacen en enero del año 1997, producto del antiguo Servicio de Salud Araucanía. El SSAN, es un organismo estatal funcionalmente descentralizado y dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por D.F.L. N° 1 del 30 de septiembre de 1996; el 10 de enero de 1997 es publicada su creación en el Diario Oficial, con lo cual entra en vigencia. Este depende directamente del Ministerio de Salud y tiene jurisdicción sobre las once comunas de la Provincia de Malleco, siendo el organismo encargado de brindar y administrar atención de salud y de velar por la salud de la población, considerando el desarrollo y ejecución de programas y campañas sanitarias. En este sentido, su Red Asistencial está compuesta por 7 hospitales, 2 de alta complejidad, Hospital de Victoria y Hospital de Angol; 1 de mediana complejidad, Hospital de Traiguén; y 4 de baja complejidad, Hospital de Collipulli, Hospital de Lonquimay, Hospital de Purén y Hospital de Curacautín; 8 Centros de Salud Familiar —CESFAM—,

5 Centros Comunitarios de Salud Familiar —CECOSF—, 59 Postas de Salud Rural y 43 Estaciones Médico Rurales. Atiende aproximadamente a 173.266 personas (Departamento de Estadística e Información en Salud, DEIS, 2013).

El SSAS es una entidad autónoma que presta servicios diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación a la población de la provincia de Cautín y coordina la red de salud pública y privada. La población usuaria del Servicio de Salud Araucanía Sur es de aproximadamente 639.999 personas que se distribuye en la provincia de Cautín (DEIS, 2013). La Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur está constituida por 14 establecimientos dependientes y 2 establecimientos delegados. Los establecimientos dependientes son: 1 Hospital de alta complejidad, autogestionado en Red, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena; 4 Hospitales de Mediana Complejidad, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Hospital de Lautaro, Hospital de Pitrufquén, y Hospital de Villarrica; 8 Hospitales de baja complejidad, Hospital de Carahue, Hospital de Cunco, Hospital de Gorbea, Hospital de Galvarino, Hospital de Loncoche, Hospital de Vilcún, Hospital de Puerto Saavedra, y Hospital de Toltén; 1 Consultorio con atención de nivel primario y secundario, consultorio Miraflores; y dos establecimientos delegados, Hospital de Pucón y Hospital Makewe.

1.2.2 Antecedentes de la comuna

La comuna de Lumaco se encuentra localizada en la Región de La Araucanía, a 120 kilómetros al noroeste de la capital regional, Temuco. Esta posee condición cordillerana y ha significado que la mayoría del territorio comunal se caracterice por fuertes pendientes, y por lo tanto, inaccesibilidad a partir de la dificultad para construir caminos, propensión a la constante erosión de los suelos y al aislamiento. Posee una superficie de 111.900 hectáreas, y una población según el Censo del año 2012 de 9.610 habitantes una de las más bajas de la región. De esta población, 4.132 habitantes viven en zonas urbanas, lo que corresponde a un 36,2%, mientras que 7.273 habitantes—64%— lo hacen en zonas rurales (Censo de Población y Vivienda, 2012). Lumaco tiene un nivel de ruralidad —67%— que duplica el ya de por sí elevado nivel presentado por la región

—32,1%—la cual presenta el segundo nivel más alto de ruralidad a nivel país (Instituto Nacional de Estadística, Censo, 2012).

1.2.3 CESFAM Lumaco

El CESFAM de Lumaco es una institución de salud municipalizada, en red con el SSAN, con un número cercano de 10.310 usuarios inscritos (DEIS, 2013). Cuenta con el Centro de Salud Familiar de Lumaco, un Centro Comunitario de Salud Familiar —CECOSF— en Capitán Pastene y cinco postas rurales. Cuenta con un servicio de urgencia rural, laboratorio clínico y servicio de esterilización donde se ha implementado el Modelo de Atención Familiar y Comunitario, otorgándose prestaciones de primera necesidad a usuarios de todo el ciclo vital.

1.2.4 Comité de Calidad y Seguridad del CESFAM Lumaco

En febrero del año 2014 se crea el comité de calidad del CESFAM Lumaco funcionando algunas semanas para el periodo de programación anual del CESFAM; posteriormente se desarticula, reactivándose en enero 2015. El comité de calidad y seguridad es conformado por distintos profesionales de la organización y un encargado de calidad, quien por normativa debiera contar con horas y funciones para coordinación con su interlocución en la administración municipal respectiva y con la Dirección del Servicio de Salud. El comité de calidad es el encargado de liderar la instalación del modelo de calidad en el establecimiento, implementando una cultura de evaluación y mejora continua, llevando a cabo las iniciativas asociadas al cumplimiento de los requisitos exigidos para la obtención de la autorización sanitaria, acreditación de prestadores institucionales y la coordinación con otros programas relacionados al logro de este objetivo. Actualmente, el comité está revisando la pauta de acreditación y estableciendo brechas a partir de información aportada por los miembros del comité.

A partir de los lineamientos establecidos por el Servicio de Salud, la red interna de calidad del CESFAM debe estar constituida por los encargados de los distintos sectores,

ya sean aquellos ubicados dentro o fuera del establecimiento; entre estos últimos, se consideran tanto a CECOSF como postas de salud rural —PSR—. Se debe incluir también a encargados de secciones o unidades de apoyo, tanto técnica como administrativa, y considerar a todos aquellos que el establecimiento priorice y defina para el logro de sus objetivos, especialmente, aquellos ámbitos que apliquen desde la mirada de acreditación de prestadores institucionales. Los integrantes de esta red deben constituirse en referentes de calidad y seguridad de la atención en sus lugares de trabajo, ser los responsables de coordinar y dirigir las actividades de mejora continua en sus sectores/secciones/unidades y contar con el apoyo y tutoría de la/el encargada/o de calidad del establecimiento. En su formación se deben incluir a distintas disciplinas y estamentos. Otro criterio de selección son los años de experiencia en la institución, funciones realizadas y capacitaciones atinentes a calidad y seguridad, en caso de no contar con capacitaciones, se solicita a los miembros realizarlas.

El comité de calidad se conforma por miembros del CESFAM Lumaco como se describe a continuación:

- Odontóloga: Subdirectora Administrativa, Encargada de Capacitación, Convenios y Farmacia.
- Nutricionista: Ex Directora del CESFAM Lumaco, Encargada Programa Promoción, Programación y Convenio Resolutividad e Imágenes Diagnósticas. Cuenta con curso de Acreditación en Salud, Gestión del riesgo en emergencias y desastres, Seguridad de la atención del paciente y curso Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Aspectos centrales en la gestión.
- Matrona: Ex Directora del CESFAM Lumaco, Encargada del Programa de la Mujer y del Modelo de Atención Primaria. Cuenta con curso de Acreditación en Salud, Gestión del riesgo en emergencias y desastres, Seguridad de la atención del paciente y curso Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Aspectos centrales en la gestión.
- Enfermera: Encargada del Programa Infantil, Convenio Chile Crece Contigo, Programa Tuberculosis, Epidemiología, Vacunatorio y Comité de Lactancia Materna. Cuenta con curso de Acreditación en Salud, Gestión del riesgo en emergencias y

desastres, Seguridad de la atención del paciente y curso Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Aspectos centrales en la gestión.

- Kinesiólogo: Ex Director CESFAM Lumaco, Encargado Programa ERA, Campaña de Invierno, Sala de Oxígeno, Adulto, Convenio de Radiografía de Tórax y pelvis. Cuenta con diplomado en Calidad en Salud.
- Psicóloga: Coordinadora del Sector Rojo, Encargada del Programa del Adolescente, Convenio Programa Mapuche y Salud Mental. Cuenta con diplomado en Calidad en Salud.
- Tecnóloga Médico: Encargado de Laboratorio, cuenta con diplomado en Calidad en Salud
- Nutricionista: Encargada Programa Salud y Seguridad, Programa Vida Sana y Programa de Alimentación Complementaria. Estudiante de Magíster en Sistemas de Gestión Integral de la Calidad.

1.2.5 Justificación

La acreditación es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con la calidad de la atención en una institución determinada comparándola con estándares establecidos por el –MINSAL--, el cual será de carácter obligatorio para el año 2009.

Previa a ésta medición, la institución debe cumplir con una serie de pre requisitos. Tanto los pre requisitos, como la implementación de la comparación del estándar, comprende la implementación de una serie de actividades que buscan disminuir los errores.

A la fecha de la formulación del anteproyecto solo seis centros de salud familiar, de un total de 128 instituciones, han obtenido la acreditación de éste estandar, lo que hace la necesidad de implementar un plan de acción para la futura postulación a este proceso.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Elaborar una estrategia de gestión para la implementación del estándar general chileno de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta para el CESFAM de la comuna de Lumaco.

1.3.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar la situación actual del CESFAM Lumaco con base en los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención en Chile.
- Identificar buenas prácticas con base en la experiencia de al menos un centro de salud de atención abierta de la zona sur de Chile acreditado con el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.
- Planificar las acciones necesarias para que el CESFAM de la comuna de Lumaco se encuentre en mejores condiciones de cumplir con los requisitos del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente trabajo de Actividad Formativa Equivalente --AFE--, se seleccionaron un conjunto de métodos y técnicas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos. En una primera etapa se analizaron los requisitos de aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta; posteriormente, éstos se contrastaron con los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta con la situación actual del CESFAM Lumaco. A continuación, se estudió en detalle, por medio de la revisión de leyes, decretos y documentos técnicos asociados al proceso de acreditación, la relación entre la Atención en Salud Primaria y la Acreditación en Instituciones de Salud. Luego, se planificó y se ejecutó la aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta al contexto del CESFAM Lumaco. Al final de la primera etapa de trabajo, se procesaron los resultados de la aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta para la elaboración de un informe con los resultados de la aplicación de la pauta y el análisis de éstos, los cuales determinaron la brecha entre los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y la situación actual del CESFAM Lumaco.

En una segunda etapa, se seleccionaron los establecimientos de atención abierta del sur del país, que podrían ser un aporte para este trabajo y se definieron criterios de priorización de los establecimientos; con base en esos criterios se hizo una preselección y se contactó a la institución más cercana geográficamente para solicitar visita y entrevista, se planificó y establecieron objetivos de ésta, elaborándose un programa de visita y entrevista semiestructurada en base a interrogantes propuestas por el comité de calidad, se visitó el establecimiento y finalmente se realizó un informe con los aprendizajes adquiridos.

En la última etapa se seleccionaron las brechas a considerar para generar propuestas de acción; estas fueron analizadas en reuniones realizadas con el comité de calidad y con el asesor de calidad y seguridad del Servicio de Salud Araucanía Norte; en estas reuniones se elaboraron propuestas de acción asociadas a las brechas escogidas previamente. Posteriormente, se realizaron reuniones con la dirección del CESFAM Lumaco para definir características de interés de las propuestas y se clasificaron las propuestas en base a criterios definidos por la dirección del CESFAM; finalmente, se realizó un plan de trabajo con las propuestas seleccionadas para el cumplimiento de requisitos incluyendo responsables y los recursos necesarios, esto fue entregado en formato de informe, el cual incluyó los resultados obtenidos y la propuesta de plan de acción en el CESFAM Lumaco.

CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CESFAM

LUMACO

En este capítulo se describe el desarrollo del primer objetivo, el cual requirió realizar un diagnóstico de la situación actual del CESFAM Lumaco de acuerdo a los requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención en Chile.

3.1 Análisis de requisitos de aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta

La Ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria en Chile, publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero de 2004, en su Artículo 4°, indica que al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud, y ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias: "Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios". Dichos estándares se fijan de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Los mencionados estándares deben ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes (MINSAL, 2004). Es por esto, que la calidad de la atención en salud ha constituido en

forma permanente una de las prioridades y responsabilidades fundamentales del Ministerio de Salud de Chile.

A partir de lo establecido se definen como requisitos mínimos para optar a este proceso de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, según el Decreto Supremo N° 15/2007 del Ministerio de Salud (MINSAL): Reglamento del Sistema de Acreditación Título IV: “Del proceso de acreditación” , los siguientes:

- a. Contar con Autorización Sanitaria vigente. El DFL N° 1 DE 1989 del MINSAL determina materias que requieren Autorización Sanitaria. En este se expresa: “Es requisito obligatorio para que un establecimiento pueda funcionar”. Por tanto, se otorga previo a que un establecimiento inicie sus actividades. Para ello, el establecimiento presenta la solicitud de Autorización Sanitaria a la Secretaría Regional Ministerial –SEREMI-- respectiva. Ésta permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, verificando que la institución que postula cumple con los requisitos de estructura y organización, expresados en los reglamentos.
- b. Elaborar un informe de Autoevaluación. El D.S. N° 15/2007 del MINSAL establece como proceso de Autoevaluación aquel “Proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad de la atención en salud, que realiza la misma entidad que pretende acreditarse y que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución considerando, entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado.” Debe ser demostrable el proceso de Autoevaluación de 12 meses previos a la solicitud. El formato del informe de autoevaluación se establece en la Circular IP N° 9, de 03/09/2010: “Imparte Instrucciones sobre los Contenidos Mínimos y Formatos de los Informes de Autoevaluación”.
- c. Presentar la solicitud de Acreditación ante la Intendencia de Prestadores, esto puede ser vía digital o acudir a la institución.
- d. Tener Personería Jurídica —el establecimiento—.
- e. Tener la Ficha Técnica actualizada.

3.1.1 Contraste de requisitos de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta con la situación actual del CESFAM LUMACO

A partir de los requisitos exigibles para optar al proceso de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, se analizaron las exigencias en reunión con miembros del comité de calidad, donde se revisó la documentación relativa al último proceso de autorización sanitaria, estableciéndose observaciones o requerimientos necesarios para la obtención de la autorización sanitaria en caso de realizar el proceso de postulación. Posteriormente, se realizó una revisión documental para rectificar las observaciones obtenidas en la reunión con el comité. De lo anterior se concluyó lo siguiente:

3.1.1.a) Requisito de autorización sanitaria

Según la reglamentación vigente, la Autorización Sanitaria o Demostración Sanitaria —en caso de establecimientos construidos anterior al año 2007— debe ser obtenida por cada dependencia de la institución. Para el caso del CESFAM Lumaco, este cuenta con 7 dependencias: el CESFAM Lumaco en sí, el CECOSF Capitán Pastene, la Posta La Herradura, la Posta Curilebu, la Posta Manzanar, la Posta Chanco y la Posta Pichipellahuen. En el caso de las Postas de salud rural, todas las infraestructuras están construidas con fecha anterior al año 2007, por lo que se debe obtener Demostración Sanitaria para cada una de éstas.

En el caso del CECOSF Capitán Pastene, este tiene una ampliación en el año 2011, por lo que esta dependencia debe solicitar Autorización Sanitaria, debiendo ser evaluado en su totalidad para estimar las brechas existentes para la obtención de la Autorización Sanitaria. En el caso del CESFAM Lumaco, éste cuenta con Autorización Sanitaria que debe ser renovada cada 3 años; en el próximo 2016, dicha institución deberá realizar procedimientos para renovar la Autorización Sanitaria que garantice que la

infraestructura y los procedimientos realizados cumplen con los requerimientos establecidos en el reglamento sanitario. Es así como con fecha 13.06.2013 se obtuvo mediante resolución exenta N°A-23 Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento del Establecimiento “Centro de salud Familiar CESFAM Lumaco”. En ésta se realizaron las siguientes observaciones:

- a. Adjuntar informe técnico de las condiciones de higiene y seguridad, respecto al D.S. 594/99, otorgado por Mutual o ACHS o prevencionista de riesgos.
- b. Acreditar reglamento interno de seguridad e higiene en el trabajo, programa de prevención de riesgos y plan de emergencia.
- c. Acreditar manuales de normas y procedimientos para cada una de las prestaciones, incluyendo procedimientos de rutina de limpieza general del establecimiento.
- d. Adjuntar procedimiento de manejo, retiro y disposición final de residuos REAS –Residuos de Establecimientos de Atención en Salud–, en cumplimiento al D.S N°6/2009.
- e. Autorizar por separado botiquín y sala de basuras.
- f. Adjuntar número de inscripción de cada autoclave y licencia de operador de calderas y autoclaves, otorgado por la SEREMI –Secretaria Regional Ministerial– de Salud, en cumplimiento del D.S 48/84.
- g. Autorizar instalación de equipos de Radiografía, en cumplimiento al D.S 133/84.
- h. Contar con certificado de curso de protección radiológica para el operador de equipo de radiológico –RX–, registro de protección radiológica y control dosimétrico.
- i. Identificar sistema de registros que asegure el archivo y conservación de las atenciones de salud por al menos 10 años.

Estas observaciones u oportunidades de mejora, deben resolverse para el proceso de renovación de la Autorización Sanitaria del año 2016.

3.1.1.b) Requisito de autoevaluación

La pauta de acreditación del estándar general establece que la institución debe demostrar un proceso de auto-evaluación en calidad y seguridad del paciente de la institución de a lo menos 12 meses previo a la solicitud de acreditación. El CESFAM Lumaco, durante el año 2015 ha reactivado las funciones del comité de calidad, el cual es encargado de liderar acciones de mejora continua y actividades que permiten optar al proceso de acreditación. A la fecha, el comité realizó la etapa de diagnóstico y aplicación de la pauta de acreditación de estándar general, determinando oportunidades de mejora o brechas. A partir de ésta se definió el programa de mejora continua y su posterior evaluación de avance. Por lo tanto, aún no cumple la exigencia del requisito de Autoevaluación, que sea demostrable acorde a las exigencias de la Circular IP N° 9, del 03/09/2010.

3.1.2 Leyes y/o documentos técnicos asociados al proceso de acreditación

Desde hace varias décadas se viene impulsando en varios países la implementación de un proceso que apoye la implementación de sistemas de gestión de la calidad de los servicios de salud. La acreditación constituye uno de los métodos elegidos como herramienta para impulsar la calidad en el sistema sanitario, y consiste en la evaluación de una institución sanitaria comparándola con estándares previamente establecidos que están publicados y son de dominio público (Bohigas, 1995). Es un método que desarrolla instrumentos de evaluación para la mejora continua de la calidad de atención de los pacientes y el desempeño organizacional, ofreciendo confianza a la comunidad sobre su institución de salud. Nos permite el ejercicio de juzgar una realidad contra una norma de referencia o estándar, seguida de evaluaciones sistemáticas (Samúdio, 2007). Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud —OPS— en 1999 elaboró un manual de acreditación adecuado a la realidad de los establecimientos públicos y privados de los países de América Latina. El documento preliminar se elaboró en Argentina y fue aprobado por 22 países en 1991 bajo el título de “Manual de

Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”. A partir de esta base se han creado programas de acreditación en los distintos países.

La acreditación corresponde a un proceso voluntario, periódico y reservado que evalúa los recursos que posee la institución de salud, la forma cómo se organiza para brindar el servicio y los resultados que se obtienen. En este se recoge información sistematizada sobre la estructura, procesos y resultados de cada servicio que garantizan la calidad de la atención a través de estándares definidos (MINSAL, 2007).

Los objetivos de la acreditación son: promover el mejoramiento continuo de la atención, proporcionar al usuario la confianza para acceder a un servicio de salud, garantizar que los establecimientos acreditados cuentan con los recursos y la capacidad de gestión adecuada para ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad.

La Ley 19.937 de la Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de febrero de 2004, en su Artículo 4º, indica que al Ministerio de Salud —MINSAL— le correspondera formular, fijar y controlar las políticas de salud, y ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias: "Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”. Dichos estándares se fijan de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Los prestadores institucionales de salud deben fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones. Los mencionados estándares deben ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes (MINSAL, 2004). Es por esto, que la calidad de la atención en salud ha constituido en forma permanente una de las prioridades y responsabilidades fundamentales del Ministerio de Salud de Chile.

Brindar servicios de buena calidad constituye un imperativo ético impostergable para las personas y organizaciones, por ello el MINSAL ha estado desarrollando desde el año 2000 un modelo de promoción y evaluación de la calidad de atención en salud que establezca mecanismos para evaluar los distintos establecimientos de salud del país. Este modelo tiene como objetivos evaluar la calidad de la atención en las distintas instituciones de salud y fomentar la mejoría de la misma a través de un sistema de evaluación.

La Reforma de la Salud se ha propuesto realizar un nuevo impulso en el esfuerzo permanente por mejorar la calidad en la atención. La garantía explícita de calidad implica recibir prestaciones de la complejidad y atributos técnicos adecuados para obtener los resultados esperados, contempla guías clínicas, protocolos y algoritmos (Toha, 2006). Si bien hay múltiples definiciones de calidad, lo esencial es la percepción de seguridad que las personas tienen de los servicios que recibe. Esa percepción es un juicio respecto de un bien o de un servicio que las personas y sus familias reciben y se quiere que ese juicio, en el caso de la salud, sea el mejor posible. Desde el punto de la política pública, el Estado definió la calidad en la atención de salud como “... aquel nivel en el cual los establecimientos y los profesionales otorgan sus prestaciones garantizando la seguridad de sus pacientes” (Superintendencia de Salud, 2008).

La Superintendencia de Salud, junto al Ministerio de Salud, al Instituto de Salud Pública y profesionales -directivos y clínicos-, provenientes del sector público y privado proveedores de servicios a lo largo de Chile, trabajaron en la construcción de un conjunto de nuevas instituciones normativas de carácter sanitario, que conforman un Sistema Integrado de instrumentos de gestión orientados al Mejoramiento Continuo y Progresivo de la Calidad en la Atención de Salud, constituido por los sistemas de registro y certificación de prestadores individuales; la definición de estándares mínimos de calidad y el sistema de acreditación de prestadores institucionales (Superintendencia de Salud, 2008). Todo esto se realiza bajo el marco de la Ley 19.966 que regula el Régimen de Garantías Explícitas –GES–, establece que la Garantía Explícita de Calidad

se materializará mediante el registro o acreditación, según sea el caso, de los prestadores que realicen las prestaciones del régimen, de acuerdo a la ley N° 19.937.

La Ley de Autoridad Sanitaria define la acreditación de un establecimiento como: “Aquel nivel en el cual los prestadores otorgan sus atenciones garantizando la seguridad de los pacientes en ámbitos tales como: condiciones sanitarias; seguridad de las instalaciones y equipos; aplicación de técnicas y tecnologías; cumplimiento de protocolos de atención; competencias de los recursos humanos y, en toda otra materia que incida en la seguridad con que se proveen los servicios asistenciales” (Superintendencia de Salud, 2008). El proceso de acreditación y la implementación de los estándares de calidad apuntan a ello: al gran desafío de instalar estos instrumentos y desarrollar un mejoramiento continuo y sistemático que permita satisfacer los derechos de las personas. Así, el sistema de acreditación de calidad velará porque las instituciones en salud cumplan con ciertos estándares de infraestructura, equipamiento, nivel de los especialistas que los atienden. El paciente sabrá que al estar en un establecimiento acreditado, tiene la seguridad y garantía que la calidad de atención que está recibiendo obedece no sólo a estándares de calidad chilenos sino a nivel internacional (Inostroza, 2008).

Para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad en el otorgamiento de prestaciones de salud a la población, la ley chilena ha previsto, principalmente, dos instrumentos complementarios; uno aplicable a los establecimientos de salud y otro a las personas que prestan servicios de salud, prestadores institucionales y prestadores individuales, respectivamente (Superintendencia de Salud). En el caso de los prestadores institucionales, esto es, de los establecimientos de salud, tales como hospitales clínicas, consultorios, centros médicos o laboratorios, lo que la reforma ha querido garantizar que los procesos asistenciales se ejecuten considerando criterios de calidad en la atención de los pacientes, vale decir, resguardando la seguridad en el otorgamiento de las prestaciones de salud (MINSAL, 2005). Ello implica establecer estándares de calidad en materia de trato digno a los pacientes, gestión clínica, gestión de personal y recursos físicos, entre otros. (Superintendencia de Salud).

3.1.3 Planificación de la aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta al contexto del CESFAM Lumaco

Para el desarrollo de este capítulo se aplicó la pauta de evaluación de estándar general para prestadores institucionales de atención abierta en Chile. Para ello, se establecieron dos reuniones mensuales de trabajo con el comité de calidad cada dos semanas, en las que se realizó la evaluación de los estándares de calidad exigidos para el proceso de acreditación de los Servicios de Salud.

Durante el proceso, se analizaron los requisitos asociados al estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, los cuales se contrastaron con la situación actual del CESFAM. Al inicio, se segmentó la aplicación de la pauta por ámbito, seleccionándose en primer lugar las características de exigencia obligatoria; posteriormente, se analizaron las características no obligatorias; en la revisión de cada característica se registra si se cumple o no cada característica, y se calcula la brecha.

Adicionalmente, se realizó una investigación de campo para complementar la información obtenida en las reuniones de trabajo con el comité. La investigación de campo consistió en la observación directa del proceso analizado, una revisión documental de todos aquellos registros que permitieron verificar el cumplimiento de las exigencias solicitadas, y la realización de entrevistas no estructuradas con funcionarios que podrían participar en el procedimiento analizado. Las entrevistas fueron realizadas a los funcionarios que se desempeñaban en procedimientos relacionados con el cumplimiento de requisitos o características, se entrevistaron a encargados de programas, encargados de coordinación de sector, operadores, directivos, entre otros. El número de entrevistas fue variable por característica, en promedio se realizaron entre tres y cuatro entrevistas por cada característica desarrollada, en un periodo de tres meses. Los resultados obtenidos se registraron y se presentaron en las reuniones con el comité.

3.1.3.a) Estándar general para los prestadores institucionales de atención abierta

El estándar general para los Prestadores Institucionales de Atención Abierta, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. Se define como *ámbito* a los temas que se evalúan en la acreditación de un prestador, y contienen en su definición los alcances de política y el deber ser al que se aspira para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. Describe la intención que tiene la evaluación respecto a una determinada dimensión de calidad asistencial. Los *componentes* constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen una orientación más fina de los elementos que interesa evaluar. Los componentes constituyen definiciones de aspectos que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. Las *características* desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. De esta forma, se desagregan los componentes en espacios menores de análisis, especificándose el requerimiento de política institucional que se pretende medir. Los *verificadores* son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresa en una tabla de trabajo de campo en la que se valoran los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación (Tabla 3.1).

El umbral de cumplimiento es el porcentaje mínimo para el cumplimiento de la característica; este se encuentra establecido en la pauta de estándar general. Los *puntos de verificación* son los lugares donde se verifican los elementos medibles o verificadores; estos se establecen de acuerdo a cada característica en específico. Los lugares establecidos en la pauta pueden representar una aproximación genérica de la estructura organizativa interna de las instituciones de atención abierta, no obstante la institución que postula en específico puede adaptarla a la realidad local, pudiendo agregar puntos de verificación. Se denomina *brecha* a los requisitos que no incumplidos por la institución; se consigna *no aplica* en los casos que la institución no

tenga la unidad o servicio explicitado en la característica. Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Características Obligatorias

Para obtener su acreditación con base en el estándar, el prestador evaluado debe haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, siempre que le fueren aplicables:

Ámbito Respeto a la Dignidad del Paciente

- DP 1.1 Instrumento de difusión de derechos de los pacientes.
- DP 4.1 Regulación de actividades docentes de pre grado.

Ámbito Gestión de Calidad

- CAL 1.1 Programa de mejoría continua de la calidad a nivel institucional

Ámbito Gestión Clínica

- GCL 1.2 Sistema de selección de pacientes para CMA.
- GCL 1.4 Uso de anticoagulantes orales.
- GCL 1.8 Procedimiento de Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad

- AOC 1.1 Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.
- AOC 2.1 Sistema de derivación de pacientes.

Ámbito Competencias del Recurso Humano

- RH 1.1 Certificados de título de médicos y cirujanos dentistas con funciones permanentes o transitorias.
- RH 1.2 Certificados de título de técnicos y profesionales de salud con funciones permanentes o transitorias.

Ámbito Registros

- REG 1.1 Ficha clínica única individual.

Ámbito Seguridad del Equipamiento

- EQ 2.1 Programa de Mantenimiento Preventivo de equipos críticos para la seguridad de los pacientes

3.1.4 Descripción de la tabla utilizada por la pauta de estándar general

La siguiente tabla se utiliza en cada característica de los ámbitos de la pauta de estándar general para acreditación de instituciones de salud de atención abierta. A esta tabla se agregó una columna al lado derecho en la cual se incluye para efectos de este trabajo, en la cual se da una explicación breve sobre la brecha identificada en cada uno de los componentes al momento de realizar este diagnóstico.

Tabla 3. 1 Modelo tabla para evaluación características

Componente DP1: describe el componente del ámbito				
DP 1.1: describe el código de la característica		Característica: describe la característica a analizar		
Código de la característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP- 1.1	Cumple $\geq 80\%^*$ <i>Porcentaje establecido por la pauta de estándar general, para dar cumplimiento a la característica. Este varía de acuerdo a cada característica</i>	<i>Son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica</i>	<i>Lugares donde se verificará el cumplimiento de la característica; estos están establecidos por la pauta de estándar general.</i>	<i>Resultado del diagnóstico de la pauta aplicado al CESFAM Lumaco</i>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

3.1.5 Aplicación de la pauta del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta en el CESFAM Lumaco

A continuación se muestra el desarrollo de la aplicación de las características de la pauta; como se mencionó anteriormente, se priorizan para su aplicación las características obligatorias, seguidas de las no obligatorias.

Características obligatorias

3.1.5.a) Ámbito dignidad del paciente (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DP-1: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

Tabla 3. 2. DP 1.1

DP 1.1 (obligatoria)		Característica: Existe una definición de derechos explícito, que se incorpora a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP- 1.1	Cumple $\geq 80\%^*$ *Exigencia definida en pauta de	Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos relativos a: 1. No discriminación 2. Respeto a la	Sector de acceso Sectores de espera de público 1 y 2 SUR PSR CECOSF	Cumple 80%, cumpliendo con la exigencia del umbral de cumplimiento, por tanto aprueba característica. La carta de derechos y deberes de ha implementado, pero no se encuentra en

	acreditación para cumplir característica	privacidad y pudor 3. Respeto a la confidencialidad 4. Información al paciente o responsables 5. Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento		todos los puntos de verificación faltando en 3 postas. El instrumento de carácter institucional que incluya los derechos del punto 1, 2, 3 y 4, debe modificarse. El punto 5 no se ha implementado.
--	--	--	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Esta característica se refiere a cualquier forma de presentación, siempre que cumpla con los atributos establecidos en la característica, es decir, que sea de carácter institucional e incluya los derechos mínimos relativos a las materias allí señaladas. La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes establece que los prestadores de salud institucionales tanto públicos como privados deberán colocar en los establecimientos una carta donde se señala cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con su atención de salud.

Análisis del comité de calidad: Existe la carta de derechos y deberes, pero no se encuentra en todos los puntos de verificación definidos, faltando en tres postas rurales.

Observación directa: la carta de Derechos y Deberes mide 125 centímetros de ancho y 121 cm de alto y tiene un margen blanco de 2 cm que no debe ser recortado. Esta se encuentra colocada en la sala de espera del CESFAM Lumaco, el CECOSF Capitán Pastene, y en la Posta Pichipellahuen, Manzanar.

Revisión documental: de acuerdo al Manual de Normas Gráficas, el cual establece el correcto uso de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes en las instituciones de salud y sus exigencias, la actual carta de deberes y derechos existente en las

dependencias del CESFAM debe modificarse y colocarse a la altura establecida en el Manual.

En consulta con el referente de Calidad y Seguridad del Servicio de Salud, este señala que solo se revisará que la carta de derechos y deberes se encuentre en los puntos de verificación.

Con respecto al verificador 5, que establece la información respecto del carácter docente asistencial, se revisó físicamente su disponibilidad y se consultó al comité sobre este documento, no existiendo instrumento que informe este punto a los usuarios.

Componente DP-4: El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Tabla 3. 3. DP 4.1

DP 4.1 (obligatoria)		Característica: Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución , explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docencia.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP- 4.1	Cumple 100% *Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica	Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos : 1.Aprobado por la Dirección del establecimiento 2. Define explícitamente que se debe velar por:	Dirección	50% No cumple, no alcanzando umbral de cumplimiento de 100% exigido. Existe convenio docente con

		a) Proteger la seguridad de los pacientes b) Proteger los derechos de los pacientes. c) Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.		UNAP. El convenio no define explícitamente, puntos a, b y c
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Esta característica establece la regulación de las actividades docentes de pre-grado en la institución

Análisis comité de calidad: Actualmente existe un convenio docente con la Universidad Arturo Prat; este se encuentra aprobado por la Dirección del establecimiento.

Observación: se revisó el documento en el punto de verificación, el convenio existente no define explícitamente los puntos a, b y c del verificador 2.

3.1.5.b) Ámbito gestión de calidad (CAL)

El prestador institucional cuenta con una política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

Componente CAL-1: El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.

Tabla 3. 4. CAL 1.1

CAL 1.1 (obligatoria)	Característica: Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes			
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha

CAL 1.1	<p>Cumple: 100%</p> <p>*Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica</p>	<p>1.Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la institución</p> <p>2.Existe un profesional a cargo del programa de calidad a nivel institucional</p> <p>La descripción del cargo del responsable específica:</p> <p>a)Funciones</p> <p>b) Horas asignadas</p> <p>3. Cuenta con un Programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes</p> <p>4. Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, el cual incluye un análisis de los resultados obtenidos</p>	Dirección	<p>Cumple con un 25% del umbral de cumplimiento exigido del 100% por la pauta, por tanto no cumple con la característica.</p> <p>Verificador 1: si se cumple, existe decreto alcaldicio que describe la política de calidad.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, existe profesional a cargo del programa de calidad, con el punto b establecido en un decreto, no se mencionan funciones a cumplir.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no se cuenta con un programa de calidad.</p> <p>Verificador 4: no se cumple, no se ha evaluado.</p>
---------	---	---	-----------	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Con respecto al verificador 1, el comité de calidad definió una Política de Calidad, la cual fue enviada a la Dirección para oficializarla; posteriormente, esta fue enviada al Municipio y se emitió un Decreto Alcaldicio que describe la Política de Calidad del

CESFAM Lumaco. Mediante solicitud enviada a Recursos Humanos se obtiene el decreto alcaldicio con la Política de Calidad del CESFAM, el cual se encuentra vigente.

Verificador 2: mediante revisión documental en Recursos Humanos, se obtiene documento oficial (decreto alcaldicio) que señala a la encargada del programa de calidad a nivel institucional, con asignación de 11 horas; dicho documento no señala las funciones a cumplir por el encargado.

Verificador 3: el comité señala que actualmente no cuenta con un programa de calidad que incorpore un sistema de evaluación.

Verificador 4: el comité de calidad señala que se encuentra funcionando activamente desde enero del presente año; por tanto, aún no cumple el periodo de funcionamiento de un año, por lo que al cumplirlo se debe emitir un informe que incluya los resultados obtenidos a la fecha. Se consulta a la Dirección respecto a la existencia de algún informe que dé cuenta respecto a actividades de mejora continua, respondiendo que no existe documento que pueda respaldar mejora continua.

3.1.5.c) Ámbito gestión clínica (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

Componente GCL-1: El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Tabla 3. 5. GCL 1.2 / GCL 1.4

GCL 1.2	Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria.
GCL 1.4	Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.

El comité de calidad y seguridad señala respecto a la característica GCL 1.2 que en la institución no se realizan cirugías mayores ambulatorias. Respecto a la característica GCL 1.4, la institución declara que no se trabaja con anticoagulantes orales, estos medicamentos se entregan en el Hospital de Traiguén.

Por tanto el CESFAM Lumaco señala que dichas características no aplican a la institución. Debe emitirse un decreto para oficializar lo mencionado anteriormente.

Tabla 3. 6: GCL 1.8

GCL 1.8 (obligatorio)		Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
GCL- 1.8	Cumple: \geq 75% *Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica	1. a) Se describen en documento institucional los procedimientos de: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias b) Se han definido los responsables de su aplicación. 2. Se constata la trazabilidad de las biopsias	Trazabilidad PAP y biopsias	Cumple con un 33% del umbral de cumplimiento, no alcanzando el 75% exigido para cumplir con la característica. Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional de procedimientos PAP y biopsias. Verificador 2: se cumple, existen cuadernos de registro de trazabilidad de PAP

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: El Comité de calidad señala que en el CESFAM se realiza el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias y PAP – Papanicolaou–, donde el documento institucional que describe el procedimiento se encuentra en proceso de elaboración por los funcionarios responsables, posterior a esta etapa, este debe ser revisado por el comité de calidad y finalmente ser aprobado por la Dirección del CESFAM para convertirse en documento institucional oficial. El documento institucional deberá contener a los responsables de su aplicación.

Verificador 2: a través de entrevista con matrona del establecimiento, encargada de PAP, se informa que el sistema de registro oficial para la trazabilidad del PAP, es a través de cuadernos foliados.

3.1.5.d) Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la atención (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración las prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.

Componente AOC-1: La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.

Tabla 3. 7. AOC 1.1

AOC 1.1 (obligatorio)		Característica: Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
AOC- 1.1	Cumple: \geq 75% *Exigencia definida en pauta de	1.Esta descrito en documento de carácter institucional, el sistema de	Salas de espera Toma de muestra Dental	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza exigencia del

	acreditación para cumplir característica	alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia 2. Se constata conocimiento del procedimiento en personal entrevistado	Kinesiología	75% para cumplir con la característica. Verificador 1: no se cumple, no existe documento con sistema de alerta. Verificador 2: no se cumple.
--	--	--	--------------	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que no existe documento oficial en la institución que describa el sistema de alerta y organización en caso que ocurra una emergencia. No se tiene clara la clasificación de emergencia y su codificación. Se consulta al Comité de Emergencia y Desastre respecto al verificador y señalan que se encuentran en proceso de elaboración un protocolo de Emergencia y Desastre.

Verificador 2: el comité de calidad señala que no se puede demostrar el conocimiento de los funcionarios respecto a cómo proceder en situaciones de emergencia.

Componente AOC-2: El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 8. AOC 2.1

AOC 2.1		Característica: El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
AOC- 2.1 (obligatorio)	Cumple:100% *Exigencia definida en pauta de	1. Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la	Dirección SUR	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de

	acreditación para cumplir característica	derivación de pacientes: a) Responsable que decide derivación. b) Red de derivación y su procedimiento. c) Definición de tipo y condiciones del transporte. d) Definición de la información que debe acompañar al paciente.		cumplimiento del 100% para el cumplimiento de esta característica. Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional de derivación de pacientes con los puntos a-d.
--	--	---	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que existe un documento formulado por la encargada del SUR –Servicio de Urgencia Rural–, el cual fue revisado por el comité de calidad, y fue devuelto con observaciones (no cumple con los puntos a y d del verificador 1) Se espera la devolución del documento corregido para su posterior revisión final y aprobación por la Dirección con el fin que se convierta en un documento de carácter institucional. En consulta con la encargada de SUR, ésta señala que el documento está en proceso de corrección y posteriormente se enviará al comité de calidad para su revisión final.

3.1.5.e) Ámbito competencias de recurso humano (RH)

La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

Componente RH-1: Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Tabla 3. 9. RH 1.1

RH 1.1 (obligatorio)		Característica: Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 1.1	Cumple: \geq 75% *Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica	1. Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes. 2. Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año). 3. Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los cirujanos dentistas que cumplen funciones permanentes. 4. Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los cirujanos dentistas que cumplen funciones transitorias (Durante último año).	Dirección , Recursos Humanos	100% de cumplimiento, por tanto cumple con el umbral de cumplimiento para la característica. Verificador 1, si se cumple, existen certificados de título de los médicos. Verificador 2, no se aplica, en caso de ocurrir, tomar medidas. Verificador 3, si se cumple, existen certificados de título de los cirujanos dentistas. Verificador 4, no se aplica, en caso de ocurrir, tomar medidas.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad señala que se cumplen con todos los verificadores requeridos en la característica; esto se corrobora con el encargado de recursos humanos, el cual

señala que a todo funcionario que ingresa a desempeñar funciones en la institución se le solicita el certificado de título otorgado por una universidad reconocida por el Estado de Chile, almacenándose en su hoja de vida, ya sean médicos transitorios o permanentes.

Tabla 3. 10. RH 1.2

RH 1.2 (obligatorio)		Característica: Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 1.2	Cumple: 100% *Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica	1. Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, fonoaudiólogos, químicos farmacéuticos y/o bioquímicos que cumplen funciones permanentes y transitorios (durante el último año). 2. Certificados de título de técnico de nivel superior* o medio de enfermería** o certificado de competencia*** emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente y transitorios (durante el último año).	Dirección, Recursos humanos	100% cumplimiento, alcanzando el umbral de cumplimiento exigido para aprobar característica. Verificador 1 y 2: cumple, existe la totalidad de los certificados de título en documentación

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad señala que debieran cumplirse todos los verificadores requeridos en la característica; esto se corrobora con el encargado de recursos humanos, el cual señala que a todo funcionario que ingresa a desempeñar funciones en la institución se le solicita certificado de título otorgado por una universidad reconocida por el Estado, almacenándose en su hoja de vida, ya sea funcionarios transitorios o permanentes.

3.1.5.f) Ámbito registros (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.

Componente REG-1: El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Tabla 3. 11. REG 1.1

REG 1.1 (obligatorio)		Característica: El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
REG 1.1	Cumple: 100% *Exigencia definida en pauta de acreditación para cumplir característica	Verificador 1: Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo. Verificador 2: Se constata la existencia de ficha clínica única.	Dirección, General	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento de 100% exigido para aprobar la característica. Verificador 1, no cumple, el documento existente, no es de carácter institucional. Verificador 2: no cumple, existe duplicidad de fichas clínicas.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que el Servicio de Orientación Médico Estadístico —SOME— presentó un documento el cual detalla el manejo de fichas clínicas, el cual se revisó y devolvió con observaciones; se espera que este se entregue para revisión final y posterior aprobación por la Dirección para que sea un documento de carácter institucional.

Verificador 2: la encargada de SOME señala que existe duplicidad de fichas clínicas de algunos usuarios, ya que pueden recibir atención en distintas dependencias del CESFAM —CESFAM, CECOSF o PSR—, o ha existido pérdida temporal de fichas clínicas; sin embargo, se encuentran en proceso de revisión de fichas clínicas y actualización de ellas.

3.1.5.g) Ámbito seguridad del equipamiento (EQ)

El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.

Componente EQ-2: Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.

Tabla 3. 12. EQ 2.1

EQ 2.1 (obligatorio)		Característica: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
EQ 2.1	Cumple: 100% *Exigencia definida en pauta de acreditación para	Verificador 1: Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.	Dirección	33% cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento de 100% para aprobación de característica.

	cumplir característica	<p>Verificador 2: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:</p> <p>a) Equipos de monitorización hemodinámica. b) Monitores desfibriladores. c) Máquinas de anestesia. d) Ambulancias de urgencia.</p> <p>Verificador 3: Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.</p>		<p>Verificador 1: si cumple, existen decretos con los responsables de los equipos existentes en la institución</p> <p>Verificador 2: no cumple, no existen documento que ratifique la existencia de programas de mantenimiento de equipos.</p> <p>Verificador 3: no cumple, no existe constancia de ejecución del programa de mantenimiento preventivo.</p>
--	------------------------	---	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que el CESFAM Lumaco cuenta con los siguientes equipos: desfibrilador, equipo ambulancias, equipo de gases. Para cada equipo se encuentra designado un profesional para el mantenimiento preventivo. En revisión documental se encuentran los decretos de nombramiento de los encargados.

Verificador 2: el comité de calidad señala que si bien se encuentran designados los profesionales responsables del mantenimiento preventivo de los equipos, no se han formulado documentos que describan el programa de mantenimiento preventivo de los equipos mencionados. Al consultar a los encargados, estos señalan que no se ha formulado la documentación institucional oficial.

Verificador 3: en consulta con los encargados del mantenimiento de equipos, señalan que se ha realizado mantenimiento, pero no ha sido de forma continua, ya que no se tiene un programa de mantenimiento establecido.

En punto 3.1.6 se presenta una table resumen de cumplimiento de condiciones, por característica.

Características no obligatorias

A continuación se presenta el análisis de las características no obligatorias, que fueron seleccionadas para implementación.

3.1.5.h) **Ámbito dignidad del paciente (DP)**

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DP-1: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

Tabla 3. 13. DP 1.2

DP 1.2		Característica: Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 1.2	Cumple \geq 80%	1. Se describe en un documento de carácter Institucional el	Dirección Sectores de espera de público	66% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento

		<p>procedimiento de gestión de los reclamos.</p> <p>2. Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos:</p> <p>evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.</p> <p>3. Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos.</p>	<p>(elegir los 2 con mayor flujo de pacientes)</p> <p>Toma de muestras Urgencia Posta Rural CECOSF</p>	<p>establecido del 80%, no cumpliendo característica.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, el documento de carácter institucional se encuentra en proceso de validación.</p> <p>Verificador 2: se cumple, se realizan reuniones periódicas para el análisis de reclamos.</p> <p>Verificador 3: se cumple, existe formulario de reclamos en puntos de mayor afluencia de usuarios, postas rurales, CECOSF y urgencia</p>
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el Comité de Calidad señala que el documento de carácter institucional se encuentre en proceso de evaluación para aprobación final del Comité y validación por Dirección para ser un documento de carácter institucional.

Verificador 2: la Encargada de la OIRS —Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias—informa que se realizan reuniones periódicas con la presencia del Director del CESFAM, coordinadores de sector, y representantes de la comunidad. Las reuniones consisten en el análisis de los reclamos y la formulación de respuesta a los reclamantes en el plazo establecido.

Verificador 3: se realiza revisión en los lugares de mayor afluencia, postas rurales —5—, CECOSF, encontrándose en todos los puntos los formularios de reclamos.

Tabla 3. 14. DP 1.3

DP 1.3		Característica: Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 1.3	Cumple \geq 66%	<p>1. Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.</p> <p>2. Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes que incorpora la percepción de estos.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	Dirección	<p>33% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento establecido del 66%, no cumpliendo característica.</p> <p>Verificador 1: se cumple, existe decreto de nombramiento de encargado de OIRS.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no se ha definido un sistema que evalúe el respeto a los derechos de los pacientes.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, ya que no existe un sistema de evaluación.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: El comité de calidad señala que existe un decreto de nombramiento para el encargado de OIRS, quien debe cumplir con esta función.

Verificadores 2 y 3: El comité de calidad señala que no se ha instaurado un sistema que evalúe el respeto a los derechos de los pacientes y por ende no existe evaluación periódica de esta.

Componente DP-2: Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.

Tabla 3. 15. DP 2.1

DP 2.1		Característica: Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 2.1	Cumple \geq 80%	<p>1. Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, y otros procedimientos de imagenología intervencional. <p>2. Se describen en documento(s) de carácter institucional las características del consentimiento escrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe especificar el procedimiento a realizar. - Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. - Debe registrar nombre y firma del paciente y 	Dirección Sala de procedimiento Imagenología	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento establecido del 80%, no cumpliendo característica. Verificador 1: no se cumple, no existe documento de carácter institucional como consentimiento informado. Verificador 2: No se cumple, ya que el documento institucional aún no se ha formulado. Verificador 3: No se cumple, no existe documento de carácter institucional que describe el procedimiento de obtención de consentimiento

		<p>del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento.</p> <p>3. Se describen en documento(s) de carácter institucional los siguientes procedimientos: Procedimiento de obtención del consentimiento, con definición del responsable de la aplicación.</p> <p>4. Procedimiento a realizar en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento o alteración de conciencia.</p> <p>5. Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, y de imagenología intervencional realizadas en la institución.</p>		<p>informado.</p> <p>Verificador 4: No se cumple, no existe procedimiento estandarizado en los casos señalados en el verificador 4.</p> <p>Verificador 5: No se cumple, no existe indicador demostrable del uso de consentimiento informado para los casos definidos de utilización, ya que aun no se tiene consentimiento informado de carácter institucional.</p>
--	--	---	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: El comité de calidad señala que no se ha formulado un consentimiento informado de carácter institucional, se definen cirugía menor, imagenología, ecografía como los casos en que es requerido el consentimiento. En la institución no se realizan cirugías mayores.

Verificador 2: El comité de calidad señala que no se cumple el verificador 2, ya que no se ha diseñado el documento institucional para que cumpla con los requerimientos señalados.

Verificador 3: Se señala que no existe documento institucional que describa procedimiento de obtención de consentimiento informado.

Verificador 4: Se señala que no se ha definido procedimiento estandarizado, quedando a criterio profesional en caso de ocurrencia de las situaciones mencionadas en el punto.

Verificador 5: Se señala que ya que no existe consentimiento informado de carácter institucional, no se puede constatar el uso de este.

Componente DP-3: Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.

Tabla 3. 16. DP 3.1

DP 3.1		Característica: Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución, han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 3.1	Cumple \geq 66%	1. Se describe en documento de carácter Institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa institución. 2. Se constatan registros de	Dirección General	0% cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento del 66%. Verificador 1: No existe documento institucional Verificador 2:

		investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador. 3. Se constata: conocimiento de dicha obligación en al menos 90% de profesionales médicos entrevistados.		No existen registros de investigaciones realizadas, no se han realizado. Verificador 3: No se cumple, no se ha difundido protocolo de investigación en seres humanos.
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1, 2 y 3: El comité de calidad señala que en la institución no se han realizado investigaciones en seres humanos. Se deberá definir en su política si se realizarán investigaciones en seres humanos y difundir la decisión a los funcionarios de la institución.

Componente DP-4: El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Tabla 3. 17. DP 4.2

DP 4.2		Característica: Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la institución están definidas y son evaluadas periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 4.2	Cumple \geq 75%	1. Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según	Dirección – Pabellón – CMA – Cirugía – Mayor Ambulatoria –	Cumple con un 75%, alcanzando el umbral de cumplimiento exigido de un \geq 75% Verificador 1: si cumple, existe

		<p>carrera y nivel de formación.</p> <p>2. Se ha definido el nivel de supervisión institucional requerido en cada caso.</p> <p>3. Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.</p> <p>4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.</p>	<p>Dental Vacunatorio Urgencia</p>	<p>COLDAS – Convenio Docente Asistencial– con el cual detalla las actividades que deben realizar los alumnos.</p> <p>Verificador 2: no cumple, si bien se ha definido el nivel de supervisión institucional directa, este no ha sido oficializado mediante decreto</p> <p>Verificador 3: si cumple, existe programa de prácticas clínicas el cual es supervisado por el funcionario docente.</p> <p>Verificador 4: si cumple, existen pautas de evaluación que son aplicadas conforme a lo establecido en el programa de prácticas clínicas.</p>
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que existe un convenio docente asistencial, con programas de actividades que deben realizar los alumnos durante su periodo de prácticas clínicas.

Verificador 2: el comité de calidad señala que si bien existen funcionarios que se encuentran a cargo de la supervisión directa de los alumnos durante el periodo de sus prácticas clínicas, no existe un documento oficial en el CESFAM que pueda respaldar tal supervisión u otro nivel de supervisión, en caso de ser necesario.

Verificador 3: el comité de calidad consulta a las funcionarias encargadas de supervisar directamente las prácticas clínicas de los alumnos; ellas señalan que existe un programa de prácticas clínicas que detalla los objetivos y actividades a cumplir en el periodo.

Verificador 4: el comité de calidad consulta a las funcionarias encargadas de supervisar directamente las prácticas clínicas de los alumnos; ellas señalan que existen pautas de evaluación que son aplicadas conforme lo establecen los programas de actividades de práctica clínica.

Componente DP-5: El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.

Tabla 3. 18. DP 5.1

DP 5.1		Característica: El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
DP 5.1	Cumple \geq 75%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador. 2. Se ha definido un procedimiento para la presentación de casos al Comité de Ética. 3. Se constatan registros de casos sometidos al Comité de Ética. 4. Se constata: conocimiento del procedimiento 	Dirección General	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido de un 75%.</p> <p>Verificador 1: No se cumple, no existe Comité de Ética o tiene acceso a él.</p> <p>Verificador 2: No se cumple, no se ha implementado ese procedimiento en la institución.</p> <p>Verificador 3: No se cumple, no se han registrado</p>

		para acceder al Comité de Ética en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.		casos Verificador 4: No se cumple, ya que no existe el procedimiento, por tanto no se ha difundido
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1, 2, 3 y 4: El comité de calidad y seguridad señala que en el CESFAM Lumaco, no se ha instaurado un Comité de Ética o se tiene un comité de otra institución como referente para acceder formalmente. Ante esto, no se han definido procedimientos para la presentación de casos a un Comité de ética, por tanto no existen registros de ello, por consecuencia no cumpliendo el último punto de difusión a los profesionales médicos.

3.1.5.i) Ámbito gestión clínica (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

Componente GCL-1: El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Tabla 3. 19. GCL 1.1

GCL 1.1		Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación preanestésica.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
GCL 1.1	Cumple \geq 75%	1. Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia	Dirección Sala de Procedimiento	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

		<p>general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> <p>4 Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.</p>		<p>Verificador 1: no se cumple, existe documento institucional</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existe indicador</p> <p>Verificador 3 y 4: no se cumple, no se ha realizado evaluación periódica.</p>
--	--	---	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que respecto a esta característica, en la institución se realizan procedimientos que requieren anestesia regional, principalmente en procedimientos odontológicos, cirugía menor u otros.

Se señala que no existe documento institucional que describa el procedimiento de evaluación pre anestésica ni los responsables de su ejecución, no se ha establecido un indicador para la evaluación del cumplimiento de este procedimiento.

Tabla 3. 20. GCL 1.3

GCL 1.3		Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
GCL 1.3	Cumple \geq 75%	<p>1. Se describe en documento (s) los procedimientos de:</p> <p>a. Instalación catéter urinario.</p> <p>b. Instalación de vía venosa periférica.</p> <p>c. Administración de</p>	<p>Dirección de Sala de Procedimiento (abc)</p> <p>Box enfermera (abce)</p> <p>Urgencia</p>	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1:</p>

		<p>medicamentos EV. d. Inmunizaciones y manejo de cadena de frío. e. Curaciones complejas. Y se han definido los responsables de su aplicación. 2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	<p>(abcde) Vacunatorio (d) PSR(ade) CECOSF (de)</p>	<p>no se cumple, existe documento institucional Verificador 2: no se cumple, no existe indicador Verificador 3: no se cumple, no se ha realizado evaluación periódica.</p>
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución se realizan todos los procedimientos descritos en el verificador uno, siendo con mayor frecuencia las inmunizaciones, en menor la instalación de catéter urinario e instalación de vía venosa periférica; procedimientos a cargo de las enfermeras.

Se señala que no existe documento institucional que describa los procedimientos mencionados, aunque se realizan. No se ha definido un indicador de cumplimiento que pueda verificar el cumplimiento de procedimientos estandarizados, por tanto tampoco existe sistema de evaluación de ellos.

Tabla 3. 21. GCL 1.5

GCL 1.5		Característica: Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
GCL1.5	Cumple \geq 75%	Se describe en documento(s) de	SUR Sala IRA	0% de cumplimiento, por

		carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.	Sala ERA	tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador: no cumple, el documento existente se encuentra en proceso de revisión.
--	--	--	----------	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador: el comité de calidad señala que el protocolo de reanimación cardiopulmonar fue elaborado, luego presentado al comité de calidad, el cual lo revisó y presentó observaciones; posteriormente fue devuelto para modificaciones; se está a la espera de presentación final para aprobación y finalmente validación por Dirección para que pueda ser un documento de carácter institucional.

Componente GCL-2: El prestador institucional cuenta con programas para vigilar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes.

Tabla 3. 22. GCL 2.2

GCL 2.2		Característica: Se realiza vigilancia de los eventos adversos –EA– asociados a la atención.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
GCL 2.2	Cumple \geq 75%	1. Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos: a) Eventos adversos y eventos centinelas a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.	Dirección Sala de procedimiento Box dental SUR	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no cumple, no existe documento de carácter

		b) Sistema de vigilancia. c) Procedimiento de reporte. Se han definido los responsables de su aplicación. 2. Existen registros implementados y en uso para reporte de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local. 3. Se constata análisis de eventos centinela.	institucional con los puntos requeridos. Verificador 2: no se cumple, no existen registros implementados de EA Verificador 3: no se cumple, no se realiza análisis de eventos centinela.
--	--	---	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que en este momento no existe ningún documento que describa el sistema de vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención, con los puntos requeridos. El equipo de enfermeras señala que se debe definir a nivel local los eventos adversos para trabajar en las acciones y elaborar el documento.

Verificador 2: el comité de calidad señala que no existen registros implementados para el reporte de Eventos Adversos –EA– en relación al sistema de vigilancia local. La enfermera señala que en caso de la aplicación de vacunas existe un sistema online para el registro de EA. Por tanto solo se podría llevar registro de este único evento.

Verificador 3: el comité de calidad señala que no se ha implementado un sistema de análisis de eventos centinela.

3.1.5.j) Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración las prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.

Componente AOC-1: La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.

Tabla 3. 23. AOC 1.2

AOC 1.2		Característica: Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
AOC 1.2	Cumple \geq 75%	<ol style="list-style-type: none"> Se describe en un documento(s) de carácter institucional las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Existe constancia que se ha realizado la evaluación periódica. Se constata registro de notificaciones realizadas. 	Dirección Laboratorio clínico Imagenología	<p>25% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no cumple, no existe documento de carácter institucional con los puntos requeridos.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existen registros implementados.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no se han realizado registros</p> <p>Verificador 4: si se cumple, se realizan registros en ficha.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución existe el laboratorio clínico y servicio de imagenología, este último aún no se encuentra aún en funcionamiento.

Respecto a los resultados que requieren notificación inmediata, el proceso es contactar al usuario solicitándole una hora con el profesional que solicitó el examen.

En la institución si bien se realizan estas actividades, no existe un documento de carácter institucional que describe el procedimiento de notificación, ni se ha definido un indicador que pueda evaluar el cumplimiento de los procedimientos. Pero, existen registros de notificaciones en las fichas de los usuarios notificados.

3.1.5.k) Ámbito competencias del recurso humano (RH)

La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

Componente RH-2: El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 24. RH 2.1

RH 2.1		Característica: El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 2.1	Cumple 100 %	1. Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales	Dirección	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no

		relacionados con la seguridad de los pacientes. 2. Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.		se cumple, no existe documento de carácter institucional de programas de inducción Verificador 2: no se cumple, no existe programa de inducción, por tanto se ha ejecutado.
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

Verificador 1: el comité de calidad señala que no existe documento institucional que describa un programa de inducción para los nuevos funcionarios que ingresen al CESFAM Lumaco, actualmente la inducción que se da es informal, no considerándose temas relacionados con la seguridad del paciente.

Verificador 2: El comité de calidad señala que no existiendo documento del programa de inducción establecido, no se puede aplicar.

Tabla 3. 25. RH 2.2

RH 2.2		Característica: El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 2.2	Cumple $\geq 75\%$	1. Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la	Dirección Cirugía menor SUR Laboratorio clínico Imagenología	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no

		<p>atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos. 2. Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos al 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.</p>	<p>gía Esterilización Farmacia PSR CECOSF</p>	<p>se cumple, no existe documento de carácter institucional de programas de inducción en unidades mencionadas en puntos de verificación Verificador 2: no se cumple, no existe programa de inducción, por tanto no se ha ejecutado.</p>
--	--	---	---	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución no se ha instaurado el proceso de inducción que contenga temáticas orientadas a la seguridad de los pacientes de manera estandarizada y con documento institucionalizado. Por tanto, no existe constancia de la ejecución del programa de inducción específico para cada unidad mencionada.

Componente RH-3: El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Tabla 3. 26. RH 3.1

RH 3.1		Característica: El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 3.1	Cumple \geq	1. Se describe en un	Dirección	0% de

	50%	<p>documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluyen temas relacionados con:</p> <p>a) Reanimación cardiopulmonar.</p> <p>2. La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.</p>		<p>cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no se ha realizado capacitaciones relacionadas con la reanimación cardiopulmonar.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, se realizan capacitaciones periódicas, pero no relacionados con reanimación cardiopulmonar.</p>
--	-----	--	--	---

Verificador 1: el comité de calidad con presencia de la Encargada de Capacitación señalan, que si bien existe un programa de capacitaciones anuales para los funcionarios del CESFAM, las temáticas de las capacitaciones son seleccionadas por interés de los propios funcionarios, seleccionándose aquellos con mayor votación donde no se ha incluido temáticas relacionadas con reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, como esta programación es anual, se podría incluir para el próximo año.

Verificador 2: el comité de calidad señala que se realizan capacitaciones periódicas de distintas temáticas a los funcionarios del CESFAM, no relacionándose con reanimación cardiopulmonar.

Componente RH-4: El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Tabla 3. 27. RH 4.1

RH 4.1		Característica: El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 4.1	Cumple \geq 75%	<p>1. Se ha designado el responsable institucional del Programa de Salud Laboral.</p> <p>2. Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:</p> <p>a) Controles de dosimetría en procedimientos imagenológicos.</p> <p>b) Controles de dosimetría en radioterapia.</p> <p>c) Examen de salud en personal involucrado en la manipulación y administración de drogas antineoplásicas.</p> <p>d) Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.</p>	Dirección Imagenología Farmacia Esterilización	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe responsable del Programa de Salud Laboral. Verificador 2: no se cumple, no existe documento institucional con programa de control de riesgos, punto b y c no aplica a la institución. Verificador 3: No se cumple, no existe el programa, por tanto no se ha ejecutado.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución no se ha desarrollado el Programa de Salud Laboral; por lo tanto, no se ha designado un responsable del programa, ni se ha emitido un documento institucional que describa el control de riesgos

relacionados con los puntos 1.a y 1.c; no se aplican a la institución los puntos 1.b y 1.c. Ya que no existe aún el programa institucionalizado, no existe constancia de su ejecución.

Tabla 3. 28. RH 4.2

RH 4.2		Característica: El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
RH 4.2	Cumple \geq 75%	<p>1. Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con:</p> <p>a. Sangre o fluidos corporales de riesgo.</p> <p>b. Medicamentos antineoplásicos.</p> <p>c. Materiales radioactivos.</p> <p>2. Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.</p> <p>3. Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.</p> <p>4. Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.</p>	<p>Dirección Sala procedimiento cirugía menor SUR Dental Toma de muestras</p>	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existen registros implementados</p> <p>Verificador 3: No se cumple, no se ha realizado evaluación de accidentes relacionados</p> <p>Verificador 4: no se cumple.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución han ocurrido accidentes laborales y que estos se han manejado según la formación profesional. No se ha formulado un documento de carácter institucional que detalle el procedimiento en caso de accidentes laborales con los puntos mencionados; de éstos, aplican para la institución sólo el punto 1.a.

No se evaluado en la institución o se ha registrado la tasa de accidentes laborales ocurridos.

Si bien los funcionarios que trabajan con toma de muestras o manejo de fluidos tienen formación relacionada, no se ha evaluado el nivel de conocimiento en estos casos.

3.1.5.1) Ámbito registros (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.

Componente REG-1: El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Tabla 3. 29. REG 1.2

REG 1.2		Característica: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
REG 1.2	Cumple \geq 75%	1. Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: a. Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.	Dirección Box consulta SUR Dental PSR CECOSF	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe

		b. Legibilidad. c. Debe incluir al menos los registros de: - Protocolo operatorio. - Protocolo de anestesia. - Registro de consultas profesionales. - Atención Dental. - Interconsultas. - Atención de Urgencia. 2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. 4. Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: protocolos operatorios.		documento institucional con los puntos señalados Verificador 2: no se cumple, no existe indicador implementado Verificador 3: No se cumple, no se ha realizado evaluación periódica. Verificador 4: no se cumple.
--	--	---	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución se realizan registros clínicos para cada prestación que se ofrece, siendo los prestadores de la atención los responsables del llenado de los registros de atención. En la institución hay dos sistemas de registro, uno vía digital en CESFAM, por Sistema de Información de Redes Asistenciales –SIDRA– y el otro sistema de registro es manual, en ficha clínica en postas y CECOSF.

Si bien se realizan los registros, no existe un documento institucional que estandarice el procedimiento de registro con los puntos exigidos; por consiguiente, no se ha definido el indicador ni su umbral de cumplimiento, ni la periodicidad.

Tabla 3. 30. REG 1.3

REG 1.3		Característica: El prestador institucional entrega al paciente por escrito la información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
REG 1.3	Cumple \geq	1. Se describen en un	Dirección	0% de

	50%	<p>documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes oportunidades:</p> <p>a. Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.</p> <p>b. Atención de urgencia.</p> <p>c. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.</p> <p>d. Cirugía mayor ambulatoria.</p> <p>Se describen además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: diagnóstico, procedimiento(s) realizados e indicaciones. Y se han designado responsables de su aplicación.</p> <p>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	SUR	<p>cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional con los puntos señalados.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existe indicador implementado</p> <p>Verificador 3: No se cumple, no se ha realizado evaluación periódica.</p>
--	-----	---	-----	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que respecto a informes entregados a los usuarios, éstos se realizan en prestaciones como atención en SUR principalmente, y otros que deben definir la necesidad de entrega de informes. Este proceso no se ha estandarizado por medio de un documento institucional que describa el proceso, por consiguiente no se ha definido indicador, ni umbral de cumplimiento, ni evaluación.

Tabla 3. 31. REG 1.4

REG 1.4		Característica: Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
REG 1.4	Cumple \geq 66%	<ol style="list-style-type: none"> Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se ha designado los responsables de su aplicación. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. 	Dirección SOME CESFAM y CECOSF Archivo postas	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional con los puntos señalados</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existe indicador implementado</p> <p>Verificador 3: No se cumple, no se ha realizado evaluación periódica.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que actualmente se registra en cuaderno o sistema las fichas de los usuarios de acuerdo a la prestación que solicitan; posteriormente, los profesionales o los paramédicos las devuelven a archivo. El proceso de entrega, recepción y conservación en la institución no han sido estandarizadas con un documento institucional, dicho documento se encuentra en proceso de revisión para ser presentado al comité de calidad.

Aún no se ha definido indicador, ni umbral de cumplimiento, ni evaluación.

3.1.5.m) **Ámbito seguridad del equipamiento (EQ)**

El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.

Componente EQ-1: Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éstos.

Tabla 3. 32. EQ 1.1

EQ 1.1		Característica: El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
EQ 1.1	Cumple 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos: <ol style="list-style-type: none"> a. Responsable de la adquisición. b. Participación de personal técnico y usuario. c. Sistema de evaluación de la calidad técnica del equipamiento a ser adquirido. 2. Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento. 	Dirección	<p>50% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional con los puntos señalados</p> <p>Verificador 2: se cumple, las solicitudes de adquisición tienen firma de los responsables.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que el procedimiento para la adquisición de equipos para las distintas áreas del CESFAM, son licitadas de acuerdo a requerimientos entregados por los encargados de las unidades que requieren equipos, quienes trabajan directamente con los equipos.

Pero no existe un documento de carácter institucional que describa el procedimiento de adquisición, con el responsable, ni participación del personal, ni sistema de evaluación para el equipo adquirido.

En cuanto al segundo punto, al momento de solicitar equipamiento, el responsable deja registro de solicitud, al momento de licitar y en el momento de recepción del equipo él firma. Siendo respaldo de su participación en el proceso.

Tabla 3. 33. EQ 1.2

EQ 1.2		Característica: El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
EQ 1.2	Cumple $\geq 50\%$	<p>1. Existe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:</p> <p>a. Equipamiento de anestesia.</p> <p>b. Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, monitores de diálisis.</p> <p>2. Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.</p>	Dirección	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional con los puntos señalados</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no se realizan informes.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución existe equipamiento crítico como desfibriladores y ambulancia (1.a no aplica), no existiendo un sistema estandarizado de seguimiento de vida útil. Se realizan informes cuando es necesario realizar mantenimiento o se solicita renovar el equipo.

Por tanto no se cumple ningún punto solicitado.

Tabla 3. 34. EQ 2.2

EQ 2.2		Característica: Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
EQ 2.2	Cumple 100%	<p>1. Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Autoclaves. b. Campana de flujo laminar * c. Equipos de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Contadores hematológicos. - Equipos para determinación de electrolitos y gases. - Analizadores automatizados de Química Clínica. - Equipos automatizados para Microbiología, Hormonas e Inmunología. - Microscopio de fluorescencia. - Lectores de ELISA. - Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados. - Equipos de diálisis y 	Dirección	<p>100% de cumplimiento, por tanto si alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: se cumple, existe programa de mantenimiento para equipos que aplican en la institución</p> <p>Verificador 2: si cumple, existen registros de mantenimiento preventivo.</p>

		tratamiento de agua. - Equipos de imagenología (todos). - Equipos de radioterapia (todos). 2. Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.		
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad señala que a partir de lo señalado por la Jefe de Laboratorio y Encargada de Esterilización, en la institución se utiliza autoclaves en el sector de esterilización; en la unidad de laboratorio se utilizan solo contadores hematológicos, equipos para determinación de electrolitos y gases, analizadores, analizadores automatizados de química clínica y refrigeradores para reactivos y muestras. Los demás equipos señalados en la característica no aplican a la institución.

En cada unidad existen programas de mantenimiento preventivo, donde una institución externa acude al mantenimiento, realizándose registro en cada caso. Por tanto, se cumple esta característica.

Componente EQ-3: Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Tabla 3. 35. EQ 3.1

EQ 3.1		Característica: Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
EQ 3.1	Cumple 100 %	1. Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para	Dirección	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de

		<p>operar los equipos relevantes, que considera al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitores desfibriladores. - Máquinas de anestesia. - Autoclaves. - Equipos de laboratorio. (mencionados en EQ 2.2) - Equipos de diálisis. - Equipos de radioterapia. - Equipos de imagenología. 		<p>cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional con los puntos señalados</p>
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala a partir de la revisión en servicio SUR, unidad de laboratorio y esterilización, existe en la institución: equipo de desfibrilador en SUR, equipos específicos de laboratorio señalados en EQ 2.2 y autoclaves en unidad de esterilización. No aplican a la institución los otros equipos señalados en la característica. A partir del equipo existente en la institución, se señala que no existe un documento de carácter institucional que describa el perfil del funcionario que se desempeña con los equipos mencionados.

3.1.5.n) Ámbito seguridad de las instalaciones (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1: El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Tabla 3. 36. INS 1.1

INS 1.1		Característica: El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha

ca				
INS 1.1	Cumple \geq 80%	1. Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios 2. Se documenta un plan institucional de prevención de incendios. 3. Existe un Informe de evaluación del riesgo de incendio, actualizado cada 5 años. 4. Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto. 5. Se constata: a. Recarga vigente de extintores. b. Red seca y húmeda accesibles. c. Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios.	Dirección General	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe responsable designado Verificador 2: no se cumple, no existe documento institucional de prevención de incendios Verificador 3: no se cumple, no se ha realizado informe. Verificador 4 y 5 : no se cumple

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto al riesgo de incendio en dependencias de la institución, que existen extintores instalados en distintas áreas. Sin embargo, no existe un responsable designado de la prevención contra incendios; tampoco se ha formulado un plan de prevención contra incendios. No existe registro de informe de riesgo de incendio en los últimos 5 años, tampoco se ha adoptado algún plan de intervención al respecto. Se cuenta con extintores en distintas áreas de la institución, red húmeda accesible en los pasillos del CESFAM, pero no puede comprobarse el mantenimiento preventivo de estos.

Componente INS-2: El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Tabla 3. 37. INS 2.1

INS 2.1		Característica: Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
INS 2.1	Cumple \geq 75%	1. Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación. 2. Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos: a. Las funciones y responsables locales de la aplicación del plan en caso de un evento como incendio, sismo o inundación. b. Procedimiento de evacuación. c. Sistemas de comunicación alternativos. 3. Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación. 4. Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.	Dirección Dental SUR Toma de muestras Sala de espera (2 a elección) CECOSF Postas	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe responsable designado Verificador 2: no se cumple, no existe documento institucional con plan de evacuación Verificador 3: no se cumple, no se ha realizado informe. Verificador 4: no se cumple, no se ha capacitado.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto a la existencia de planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros en la institución, que no se ha formulado un plan de evacuación de conocimiento para todos los funcionarios en caso de evacuación.

En el CESFAM no existe responsable designado a cargo del plan de evacuación, tampoco existe documento institucional que describa las funciones locales en caso de evento, ni el proceso estandarizado de evacuación. No se han realizado simulacros al respecto. Por lo anterior el personal no tiene conocimiento en estos casos.

Tabla 3. 38. INS 2.2

INS 2.2		Característica: El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
INS 2.2	Cumple \geq 75%	1. Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento. 2. Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).	Verificador 1: Dirección Verificador 2: Sala de espera Pasillos CECOSF Postas	50% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe responsable designado Verificador 2: Se cumple, señalética en lugares señalados.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto a las señaléticas de vías de evacuación, que éstas fueron instaladas por funcionarios de la Mutual de Seguridad, a partir de lo

dispuesto en la ley, encontrándose en los lugares señalados en puntos de verificación. Pese a esto, no existe un responsable institucional a cargo del mantenimiento de éste; debe decretarse.

Componente INS-3: Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Tabla 3. 39. INS 3.1

INS 3.1		Característica: El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
INS 3.1	Cumple 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ha designado un responsable Institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones. 2. Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: <ol style="list-style-type: none"> a. Ascensores. b. Calderas. c. Sistema de aspiración y gases clínicos. d. Techumbre. e. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes. 3. Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo. 	Dirección	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe responsable designado</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existe programa de mantenimiento preventivo para todas las instalaciones que aplican al CESFAM.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no se puede constatar programa de todas las instalaciones.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala que en la institución se encuentran instalaciones como calderas, sistema de aspiración y gases clínicos, techumbre y sistema de climatización para unidades específicas. Al respecto, en el CESFAM, no existe un responsable de carácter institucional a cargo del mantenimiento preventivo de las instalaciones. Existe un encargado para calderas, pero no para las demás instalaciones. Existe programa de mantenimiento para calderas, el cual debe actualizarse, no existe programa de mantenimiento para las demás instalaciones.

Tabla 3. 40. INS 3.2

INS 3.2		Característica: El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
INS 3.2	Cumple $\geq 75\%$	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ha designado al responsable Institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico. 2. Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico. 3. Existen registros que dan cuenta de: <ol style="list-style-type: none"> a) Mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia. 4. Se constata: Operación de generadores de energía de emergencia. 	Dirección	<p>25% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe responsable designado</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no se ha realizado</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no se puede constatar programa de mantenimiento preventivo.</p> <p>Verificador 4: si se cumple, se cuenta con generadores de emergencia</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto del plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico, que no existe un responsable de carácter institucional a cargo, ni tampoco se ha documentado un plan de contingencia en caso de que ocurra este imprevisto. Si bien se realiza mantenimiento a los sistemas de iluminación, no existen registros que puedan demostrar este hecho. Finalmente, el CESFAM Lumaco, cuenta con un generador de emergencia en caso de suspensión, el cual suministra energía a los equipos principales e iluminación esenciales.

3.1.5.ñ) Servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico

3.1.5.o) Laboratorio clínico (APL)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Componente APL-1: Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 41. APL 1.1

APL 1.1		Característica: Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APL 1.1	Cumple 100%	1. Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados	Dirección	100% de cumplimiento, por tanto alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: Se cumple, existe convenio con prestador acreditado

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala en relación a los exámenes de laboratorios. que estos son realizados por terceros —hormonas tiroideas y hemoglobina glicosilada— los cuales se envían al laboratorio del Hospital de Victoria, el cual se encuentra acreditado. Esto se demuestra a través del registro disponible en la Superintendencia de Salud. El proceso de compra es demostrable a través del convenio vigente.

Tabla 3. 42. APL 1.2

APL 1.2		Característica: El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre-analítica.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APL 1.2	Cumple \geq 75%	<p>4. Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:</p> <p>a) Instrucciones de preparación del paciente. b) Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados. c) Rotulación de muestras. d) Conservación de muestras. e) Traslado de muestras. f) Criterios de rechazo de muestras.</p> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento</p>	<p>Laboratorio clínico Toma de muestras CECOSF Posta Rural</p>	<p>10% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple totalmente, existe documento elaborado por laboratorio, pero no se encuentra en todos los puntos de verificación Verificador 2: no se cumple, no</p>

		<p>relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica</p> <p>4. Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios, en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Toma y traslado de muestras (cuando corresponda). - Plazos de entrega de los exámenes. 		<p>se han definido umbrales de cumplimiento.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no es demostrable.</p> <p>Verificador 4: no se cumple, no se encuentra disponible en todos puntos de verificación</p>
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto a la existencia de un documento que describa los puntos señalados para el proceso de toma de muestra y traslado en la Unidad de Laboratorio, que este se ha realizado, pero solo se encuentra en el laboratorio clínico y toma de muestras, no así en CECOSF o Postas rurales.

Respecto a indicadores de cumplimiento, el encargado de laboratorio refiere que los indicadores se encuentran en proceso de elaboración, por consiguiente aún no se han medido.

Respecto a la existencia de formularios informativos, estos no se encuentran disponibles en todos los puntos de verificación.

Tabla 3. 43. APL 1.3

APL 1.3		Característica: El Laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha

APL 1.3	Cumple \geq 75%	<p>1. Existen procedimientos explícitos sobre:</p> <p>a) Técnicas de ejecución de los exámenes.</p> <p>b) Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda.</p> <p>c) Tiempos de respuesta de exámenes.</p> <p>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.</p> <p>4. Se constata aplicación de control de calidad en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica.</p>	Laboratori o clínico	<p>50% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: se cumple, existe procedimientos explícitos.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no se han definido umbrales de cumplimiento.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no es demostrable.</p> <p>Verificador 4: se cumple, existen pautas de control de calidad.</p>
---------	----------------------	---	-------------------------	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala al respecto de la aplicación de procedimientos específicos en laboratorio y partir de lo señalado por la encargada de laboratorio, que en el laboratorio se aplican técnicas de ejecución de los exámenes y existen protocolos internos de control de calidad. Sin embargo, no se ha instaurado un indicador que pueda evaluar esto. Se aplican pautas de control de calidad en las diferentes áreas del laboratorio.

Tabla 3. 44. APL 1.4

APL 1.4		Característica: El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APL 1.4	Cumple 100%	1. Existen registros de participación en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el laboratorio realiza prestaciones. 2. Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.	Laboratorio clínico	100% de cumplimiento, por tanto si alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: se cumple, existe procedimientos explícitos. Verificador 2: no se cumple, no se han definido umbrales de cumplimiento.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala al respecto y a partir de lo señalado por la encargada de laboratorio, que el laboratorio del CESFAM Lumaco participa de un programa de control de calidad acorde a la normativa vigente, existiendo documentación de respaldo de las evaluaciones periódicas y solicitudes de acciones de mejora.

Tabla 3. 45. APL 1.5

APL 1.5		Característica: El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APL 1.5	Cumple	1. Se describen en un	Laboratorio	0% de

	100%	documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio. 2. Se constata el cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.	clínico	cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe documento. Verificador 2: no se cumple, el personal no utiliza toda protección.
--	------	--	---------	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad, en consulta con la encargada de laboratorio, señalan que no existe documento oficial que describa las condiciones de bioseguridad en el proceso de laboratorio, y que el personal no es constante en el uso de ropa de protección requerida para los procedimientos. Por tanto, esta situación debe estandarizarse.

3.1.5.p) Unidad de farmacia (APF)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Componente APF-1: El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por Farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 46. APF 1.2

APF 1.2		Característica: Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha

APF 1.2	Cumple \geq 60%	<p>1. Se constata que el suministro de Farmacia está respaldado por un Comité de Farmacia. *</p> <p>2. Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.</p> <p>3. Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.</p> <p>4. Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.</p> <p>5. Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.</p>	Unidad de farmacia	<p>40% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: si se cumple, existe comité de farmacia.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no existe documento institucional.</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no existe documento institucional.</p> <p>Verificador 4: si se cumple, dan visto bueno.</p> <p>Verificador 5: si se cumple, dan visto bueno.</p>
---------	----------------------	---	--------------------	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad en consulta con el comité de farmacia, señalan que el comité de farmacia de la institución se encuentra funcionando activamente, con decreto de sus integrantes. Respecto a un documento de carácter institucional que describa el proceso de adquisición de medicamentos o la evaluación técnica de adquisición de insumos, al momento de la redacción de este trabajo, se encontraban en proceso de elaboración. Para el proceso de adquisición de insumos o medicamentos de la unidad de farmacia, las solicitudes de compra son aprobadas con el visto bueno del médico asesor o la encargada del comité de farmacia, por tanto se puede constatar su participación.

Tabla 3. 47. APF 1.3

APF 1.3		Característica: El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para prevenir errores de dispensación.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APF 1.3	Cumple \geq 66%	1. Se describe en un documento(s) los siguientes procedimientos: a) Rotulación de medicamentos b) Envasado de medicamentos e insumos c) Despacho de medicamentos e insumos 2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	Unidad de farmacia	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe documento. Verificador 2: no se cumple, no se han definido indicadores Verificador 3: no se cumple, no se han realizado evaluaciones.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad en consulta con el comité de farmacia, señalan que el documento del punto 1 de la Tabla 1.47, se encuentra en proceso de elaboración el cual describe procedimientos como la rotulación de medicamentos, envasado y despacho. No se ha formulado algún indicador que pueda evaluar umbral de cumplimiento de procedimientos de rotulación, envasado y despacho, tampoco existe constancia de evaluaciones periodicas, ya que no se han implementado.

Tabla 3. 48. APF 1.4

APF 1.4	Característica: La unidad de Farmacia estandariza los procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.
---------	--

Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APF 1.4	Cumple \geq 50%	<p>1. Se describen en documento(s) elaborado(s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:</p> <p>a) Almacenamiento y conservación de medicamentos.</p> <p>b) Formato de prescripción de medicamentos.</p> <p>c) Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente.</p> <p>2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> <p>4. Se constata el almacenamiento y la conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local*.</p>	Unidad de farmacia SUR CECOSF	<p>0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.</p> <p>Verificador 1: no se cumple, no existe documento.</p> <p>Verificador 2: no se cumple, no se han definido indicadores</p> <p>Verificador 3: no se cumple, no se han realizado evaluaciones.</p>

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad en consulta con el comité de farmacia, señalan que los documentos del verificador 1 de la Tabla 1.48, se encuentran al momento del diagnóstico, en proceso de elaboración. Debe incluirse un indicador y umbral de cumplimiento para posteriormente demostrar su evaluación.

3.1.5.q) Servicio de esterilización (APE)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Componente APE: Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 49. APE 1.3

APE 1.3		Característica: El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APE 1.3	Cumple \geq 66%	1. En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen: a) Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico. b) Los procedimientos relacionados con: -Transporte de material contaminado. -Recepción de material esterilizado fuera de la institución.* -Recepción de materiales a ser esterilizados. -Lavado y secado. - Inspección y preparación. -Operación de equipos de esterilización. -Distribución. -Controles del proceso.	Servicio de esterilización	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, el documento no contiene todos los puntos mencionados Verificador 2: no se cumple, no se ha definido indicador Verificador 3: no se cumple, no existe

		2. Se ha definido el indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		indicador para evaluar.
--	--	--	--	-------------------------

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto al servicio de esterilización, que el documento existente no contiene todos los puntos mencionados en el verificador 1 de la Tabla 1.49. En el servicio no se ha instaurado algún indicador que pueda evaluar el cumplimiento de los procedimientos señalados.

Tabla 3. 50. APE 1.4

APE 1.4		Característica: El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APE 1.4	Cumple \geq 66%	1. Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril. 2. Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.	Servicio de esterilización Box cirugía menor	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, no existe documento institucional. Verificador 2: no se cumple, no puede ser demostrable.

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad en consulta con la encargada de esterilización, señalan que en el servicio de esterilización no existe un documento de carácter institucional que describa

el procedimiento de almacenamiento de material estéril. En el proceso de revisión física se realiza el almacenamiento acorde a orientaciones del MINSAL, pero no se ha documentado la normativa local.

3.1.5.r) Unidad de diálisis (APD)

Componente APD: Los procedimientos de Diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

Tabla 3. 51. APD 1.1

APD 1.1		Característica: Los procedimientos de Diálisis comprados a terceros cumplen las condiciones mínimas de seguridad.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APD 1.1	Cumple 100 %	1. Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.	Dirección	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, convenio con unidad no acreditada

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto a la compra a terceros de la prestación de diálisis, que la institución en convenio con el CESFAM no se encuentra acreditada.

3.1.5.s) Servicio de anatomía patológica (APA)

Componente APA: Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.

Tabla 3. 52. APA 1.1

APA 1.1		Característica: Los exámenes de Anatomía Patológica comprados a terceros cumplen las condiciones mínimas de seguridad.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APA 1.1	Cumple 100%	1. Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.	Dirección	100% de cumplimiento, por tanto si alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: si se cumple, convenio con unidad acreditada

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad señala respecto a los exámenes de anatomía patológica comprados a terceros, que en la institución se realizan dos muestras de estas características: toma de muestra de PAP y toma de muestra en cirugía menor, en caso de ser sospechosa. Estas muestras son enviadas a servicios de anatomía patológica acreditados; esto puede ser verificable a través de la Superintendencia de Salud.

3.1.5.t) Servicio de kinesiología (APK)

Componente APK: El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Kinesiología y Rehabilitación Kinésica.

Tabla 3. 53. APK 1.2

APK 1.2		Característica: Los exámenes de Anatomía Patológica comprados a terceros cumplen las condiciones mínimas de seguridad.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha

APK 1.2	Cumple \geq 75%	1. Se describe en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia: Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria. 2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	Unidad de Kinesioterapia Sala IRA Sala ERA	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, el documento se encuentra en proceso de elaboración. Verificador 2: no se cumple, no se ha definido indicador. Verificador 3: no se cumple, no se ha evaluado.
---------	----------------------	---	--	---

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad en consulta al kinesiólogo encargado, señalan que el documento del verificador 1 de la Tabla 1.53, se encuentra en proceso de elaboración al momento del diagnóstico, estando en modo digital, pero no en los puntos de verificación. Se señala también, que en el documento no se ha incluido algún indicador que pueda evaluar el cumplimiento de los procesos.

Tabla 3. 54. APK 1.3

APK 1.3		Característica: El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica.		
Código de la Característica	Umbral de cumplimiento	Verificadores	Puntos de verificación	Brecha
APK 1.3	Cumple \geq 66%	1. Se describe en un documento: a) Contraindicaciones	Unidad de Kinesioterapia	0% de cumplimiento, por tanto no

		para ejecución de procedimientos específicos. b) Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica. 2. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. 3. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		alcanza umbral de cumplimiento exigido. Verificador 1: no se cumple, el documento no describe contraindicaciones. Verificador 2: no se cumple, no se ha definido indicador. Verificador 3: no se cumple, no se ha evaluado.
--	--	--	--	--

Fuente: Pauta de Estándar General para Instituciones de Atención Abierta (2008).

El comité de calidad y seguridad en consulta al kinesiólogo encargado, señalan que existe un documento que detalla procedimientos de rehabilitación kinésica, pero en este no se detallan las contraindicaciones o la prevención de eventos adversos; se encuentra en plataforma digital, pero no en el punto de verificación. Se señala también, que en el documento no se ha incluido algún indicador que pueda evaluar el cumplimiento de los procesos.

3.1.6 Condición de cumplimiento de la aplicación de la pauta de estándar general de acreditación

De las características obligatorias para optar a la acreditación en instituciones de atención abierta, se presenta la condición de cumplimiento por cada una (Tabla 3.55)

Tabla 3. 55. Condición de cumplimiento características obligatorias

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 1.1 Instrumento de difusión de derechos de los pacientes.	$\geq 80 \%$	Cumple 80 %, cumpliendo con la exigencia del umbral de cumplimiento, por tanto aprueba la característica.
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 4.1 Regulación de actividades docentes de pregrado.	100 %	50 %. No cumple, no alcanzando el umbral de cumplimiento de 100% exigido.
Ámbito Gestión de Calidad.	CAL 1.1 Programa de mejora continua de la calidad a nivel institucional.	100 %	Cumple con un 25% del umbral de cumplimiento exigido del 100% por la pauta; por tanto, no cumple con la característica.
Ámbito Gestión Clínica.	GCL 1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria.	100 %	No aplica a la institución.
Ámbito Gestión Clínica.	GCL 1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.	$\geq 66\%$	No aplica a la institución.

Ámbito Gestión Clínica.	GCL 1.8 Procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.	$\geq 75\%$	Cumple con un 33% del umbral de cumplimiento, no alcanzando el 75% exigido para cumplir con la característica.
Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad.	AOC 1.1 Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza exigencia del 75% para cumplir con la característica.
Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad.	AOC 2.1 Sistema de derivación de pacientes.	100 %	0 % de cumplimiento; por tanto, no alcanza el umbral de cumplimiento del 100% para el cumplimiento de esta característica.
Ámbito Competencias del Recurso Humano.	RH 1.1 Certificados de título de médicos y cirujanos dentistas con funciones permanentes o transitorias	$\geq 75\%$	100% de cumplimiento, por tanto cumple con el umbral de cumplimiento para la característica.
Ámbito Competencias del Recurso Humano.	RH 1.2 Certificados de título de técnicos y profesionales de salud con funciones permanentes o transitorias.	100 %	100 % cumplimiento, alcanzando el umbral de cumplimiento exigido para aprobar la característica.
Ámbito Registros.	REG 1.1 Ficha clínica única individual.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento de 100% exigido para aprobar la característica.
Ámbito Seguridad del Equipamiento.	EQ 2.1 Programa de Mantenimiento Preventivo de equipos críticos para la	100 %	33 % cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de

	seguridad de los pacientes.		cumplimiento de 100% para aprobación de la característica.
--	-----------------------------	--	--

Fuente: elaboración propia

De las características no obligatorias de la pauta de acreditación, que fueron priorizadas por el comité de calidad y seguridad del CESFAM Lumaco, se detalla a continuación su condición de cumplimiento:

Tabla 3. 56. Condición de cumplimiento, ámbito DP

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Dignidad del Paciente	D.P. 1.2 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.	$\geq 80\%$	66% de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral establecido del 80%, no cumpliendo con la característica.
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.	$\geq 66\%$	33 % de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento establecido del 66%, no cumpliendo característica.
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.	$\geq 80\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza el umbral de cumplimiento establecido del 80%, no cumpliendo característica.

Ámbito Dignidad del Paciente	DP 3.1 Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución, han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.	$\geq 66\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento del 66%.
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 4.2 Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la institución están definidas y son evaluadas periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos.	$\geq 75\%$	Cumple con un 75%, alcanzando el umbral de cumplimiento exigido de un $\geq 75\%$.
Ámbito Dignidad del Paciente	DP 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido de un 75%.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 57. Condición de cumplimiento, ámbito GCL

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Gestión Clínica	GCL 1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación preanestésica.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Gestión Clínica	GCL 1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: atención de enfermería.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Gestión Clínica	GCL 1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Ámbito Gestión Clínica	GCL 2.2 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
------------------------	---	-------------	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 58. Condición de cumplimiento, ámbito AOC

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.	$\geq 75\%$	25% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Recurso Humano	RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. 59. Condición de cumplimiento, ámbito RH

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Recurso Humano	RH 2.2 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.	$\geq 75\%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Ámbito Recurso Humano	RH 3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.	$\geq 50 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Recurso Humano	RH 4.1 El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.	$\geq 75 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Recurso Humano	RH 4.2 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.	$\geq 75 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 60. Condición de cumplimiento, ámbito REG

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Registro	REG 1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.	$\geq 75 \%$	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Registro	REG 1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.	$\geq 50 \%$	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido
Ámbito Registro	REG 1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.	$\geq 66 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 61. Condición de cumplimiento, ámbito EQ

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Equipos	EQ 1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.	100 %	50 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Equipos	EQ 1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.	≥50%	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Equipos	EQ 2.2 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo.	100 %	100 % de cumplimiento, por tanto, alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Equipos	EQ 3.1 Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 62. Condición de cumplimiento, ámbito INS

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Ámbito Instalaciones	INS 1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.	≥ 80 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Ámbito Instalaciones	INS 2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.	$\geq 75 \%$	0% de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Instalaciones	INS 2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.	$\geq 75 \%$	50 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Instalaciones	INS 3.1 El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Ámbito Instalaciones	INS 3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.	$\geq 75 \%$	25 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 63. Condición de cumplimiento, ámbito APL

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo Laboratorio Clínico	APL 1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.	100 %	100 % de cumplimiento, por tanto alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Laboratorio Clínico	APL 1.2 El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre-analítica.	$\geq 75 \%$	10 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de	APL 1.3 El Laboratorio aplica	$\geq 75 \%$	50 % de

Apoyo Laboratorio Clínico	procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.		cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Laboratorio Clínico	APL 1.4 El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.	100 %	100 % de cumplimiento, por tanto alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Laboratorio Clínico	APL 1.5 El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 64. Condición de cumplimiento, ámbito APF

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo Unidad de Farmacia	APF 1.2 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.	≥ 60 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Unidad de Farmacia	APF 1.3 El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para prevenir errores de dispensación.	≥ 66 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Unidad de Farmacia	APF 1.4 Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.	≥ 50 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 65. Condición de cumplimiento, ámbito APE

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo Servicio de Esterilización	APE 1.2 Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada.	100 %	40 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Servicio de Esterilización	APE 1.3 El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.	≥ 66 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo Servicio de Esterilización	APE 1.4 El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.	≥ 66 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 66. Condición de cumplimiento, ámbito APD

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo Servicio de Diálisis	APD 1.1 Los procedimientos de Diálisis comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.	100 %	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 67. Condición de cumplimiento, ámbito APA

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo de Anatomía Patológica	APA 1.1 Los exámenes de Anatomía Patológica comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.	100 %	100 % de cumplimiento, por tanto cumple característica.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. 68. Condición de cumplimiento, ámbito APK

Ámbito	Característica	Umbral Exigido para cumplimiento	Resultado
Servicio de Apoyo de Servicio de Kinesioterapia	APK 1.2 El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de kinesioterapia respiratoria.	$\geq 75 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.
Servicio de Apoyo de Servicio de Kinesioterapia	APK 1.3 El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica.	$\geq 66 \%$	0 % de cumplimiento, por tanto no alcanza umbral de cumplimiento exigido.

Fuente: Elaboración propia

De las 12 características de cumplimiento obligatorio, GCL 1.2 y GCL 1.4 se declaran como no aplicables a la institución por lo que en momento del proceso de acreditación, estas no deberán considerarse. Solo tres características obligatorias alcanzaron el porcentaje mínimo definido en los umbrales de cumplimiento, siendo DP 1.1, RH 1.1 y RH 1.2. Esto implica que tienen porcentajes bajo los umbrales de cumplimiento las características DP 4.1, CAL 1.1, GCL 1.8, AOC 1.1, AOC 2.1, REG 1.1 y EQ 2.1.

En una segunda etapa se revisaron las características no obligatorias de la pauta; de un total de 78 características no obligatorias revisadas, se seleccionaron aquellas características aplicables a la institución, con mayor grado de factibilidad e

implementación. Vale decir que las características que no fueron analizadas, no eran cumplidas por la institución o no se aplicaban a ella. En total, se analizaron 43 características no obligatorias, de este análisis solo 5 características alcanzaron el porcentaje mínimo definido en los umbrales de cumplimiento, siendo estas: DP 4.2, EQ 2.2, APL 1.1, APL 1.4, y APA 1.1.

De las características restantes, 29 de estas tuvieron 0 % de cumplimiento, es decir, que no tenían levantada ninguna actividad relacionada con la característica. De éstas características, 3 pertenecían al ámbito dignidad del paciente, 4 al ámbito gestión clínica, 4 al ámbito recursos humanos, 4 al ámbito registro, 2 al ámbito equipo y 3 al ámbito instalaciones. Del ámbito servicios de apoyo se desglosan por servicios: 1 característica del servicio de laboratorio, 3 de la unidad de farmacia, 2 de la unidad de esterilización, 1 de diálisis y 2 del servicio de kinesioterapia.

Al comparar los resultados totales de la condición de cumplimiento, el CESFAM Lumaco alcanzaría un porcentaje de cumplimiento del 30%, siendo la exigencia mínima cumplir con un 100% de las características obligatorias. Al comparar la condición de cumplimiento total de las características, el CESFAM Lumaco, sólo alcanzaría un 9% del total, siendo 50% el mínimo exigido. Por lo que con estos resultados, no alcanzaría los porcentajes mínimos exigidos para optar a la acreditación, tal como se muestra en la Tabla 3.69.

Tabla 3. 69 Porcentaje de cumplimiento CESFAM Lumaco

Características de la pauta	% mínimo para acreditar	% cumplimiento CESFAM Lumaco
Obligatorias	100%	30%
Total	50%	9%

Del análisis realizado, las principales brechas encontradas en las características fueron las siguientes:

- Los documentos oficiales, es decir, aquellos de carácter institucional se encontraban en proceso de elaboración, revisión o eran inexistentes. Los documentos una vez

revisados por el comité de calidad y aprobados, debían ser validados por dirección del CESFAM Lumaco para adquirir grado institucional. En este momento no existe ningún documento de estas características en la institución.

- En relación a los responsables de carácter institucional, no existe un documento oficial con firma y timbre de dirección del CESFAM que respaldara o designara a algún funcionario responsable.
- Con respecto a los indicadores y umbrales de cumplimiento, ciertas características exigían la formulación de indicadores, donde se pudiera corroborar la estandarización de procesos. En la mayoría de las características, estos no se han formulado.
- En cuanto a la documentación —e.g. formularios, protocolos, registros, listas de revisión— de las unidades que prestan servicios son de carácter interno. Estos no requieren validación de la dirección, pero deben cumplir con ciertos puntos específicos, los cuales son especificados en cada característica, no se han implementado en las áreas de trabajo en su mayoría.
- Varios planes, programas o procesos se realizaban de forma adecuada, pero no se encontraban respaldados por documentos o procedimientos escritos que los estandarizaran o demostraran su ejecución.
- Algunos planes, programas o procesos no se realizan y deben implementarse; además, deben definirse mediante documentos, indicadores y planes de ejecución.

CAPÍTULO 4. EXPERIENCIAS DE CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN ABIERTA ACREDITADOS EN LA ZONA SUR DE CHILE

Este capítulo describe la experiencia de uno de los centros de salud de atención abierta de la zona sur de Chile acreditado con el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta. Con la finalidad de obtener buenas prácticas que se puedan implementar en el CESFAM Lumaco.

4.1 Selección de establecimientos de atención abierta del sur del país

La Superintendencia de Salud de Chile, a abril del 2015, informa que en el país se encuentran 128 instituciones de salud acreditadas, de las cuales, seis son instituciones de atención primaria en salud. Cuatro instituciones se localizan en la Región Metropolitana —CESFAM Dr. Anibal Ariztía, CESFAM Apoquindo, CESFAM Salvador Bustos y CESFAM Dr. Félix de Amesti— y dos instituciones en la Región del Bio-Bio (CESFAM Lorenzo Arenas y CESFAM Juan Soto Fernández). Las instituciones que se encuentran en proceso de acreditación son seis, dos se ubican en la Región Metropolitana —CRS Cordillera Oriente y CESFAM Rosita Renard— y cuatro en la Región del Bio-Bio —CESFAM Violeta Parra, CESFAM Angachilla, CESFAM Las Ánimas y CESFAM Los Volcanes—.

El principal criterio de priorización de instituciones para la ejecución de este objetivo es la localización geográfica; esto asegura la factibilidad de visitar la(s) instituciones seleccionadas. El segundo criterio de selección son las redes de contacto entre la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud Araucanía Norte y los Servicios de Salud de la Región Metropolitana o Región del Bio-Bio con sus respectivas Unidades de Calidad y Seguridad del Paciente, de las instituciones acreditadas con el fin de establecer los nexos y seguir los conductos regulares de las respectivas instituciones. El tercer criterio es el tipo de institución de salud acreditada, idealmente se busca una institución que sea de similar tipo y complejidad.

De acuerdo a los criterios planteados, se selecciona la unidad a estudiar como sigue: respecto a la localización, las instituciones de la Región del Bio Bio se encuentran a una distancia geográfica menor que las instituciones de la Región Metropolitana. Respecto a las redes contacto entre las unidades Calidad y Seguridad del Paciente Servicio de Salud Araucanía Norte, con los servicios de salud de la Región Metropolitana o la Región del Bio Bio, se logró establecer contactos con el Servicio de Salud de la Región del Bio Bio. En cuanto al tipo de institución, los seis centros acreditados tanto de la Región del Bio Bio como de la Región Metropolitana, son centros de salud familiar, al igual que el CESFAM Lumaco. Con base en lo anterior las instituciones seleccionadas son el CESFAM Lorenzo Arenas y el CESFAM Juan Soto Fernández, instituciones acreditadas, localizadas en la Región del Bio-Bio

4.2 Proceso visita al establecimiento seleccionado

4.2.1 Planificación de visita al establecimiento

Luego de preseleccionar las instituciones de salud a visitar, se realizó una reunión con el encargado de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud Araucanía Norte, referente del CESFAM Lumaco, en la cual se da a conocer el presente trabajo. Se explicita el objetivo de recibir colaboración y apoyo para establecer nexos con los establecimientos seleccionados y así por medio del estudio de su proceso, obtener la experiencia de instituciones acreditadas, solicitando la realización de entrevistas con los encargados de calidad de dichas instituciones. El referente estableció la posibilidad de generar redes para visitar las instituciones mencionadas, debiendo presentarse la solicitud al referente de Calidad y Seguridad del Servicio de Salud de Concepción. La solicitud es presentada, esperándose la respuesta, para planificar la fecha de visita a realizarse durante los meses de Noviembre y/o Diciembre, del año 2015.

Previo a la visita, se hizo llegar los objetivos de la misma a las instituciones a visitar, los cuales eran:

- Objetivo general de la visita: Estudiar la experiencia del proceso de Acreditación de una institución de atención primaria en salud con la Pauta de Estándar General para Instituciones de Salud de Atención Abierta en Chile.
- Objetivos específicos:
 - Conocer el nivel de cumplimiento de requisitos estructurales en calidad de las instituciones acreditadas.
 - Conocer la experiencia del proceso de Autoevaluación de las instituciones previo a la solicitud de acreditación.

Una vez seleccionados los centros a visitar, se envió una solicitud de visita, explicando que era para la obtención de antecedentes para un trabajo de postgrado. Se esperó la confirmación de disponibilidad de las instituciones y fechas de la visita. Se optó por realizar una entrevista semi-estructurada, en base a preguntas recopiladas por el Comité de Calidad previamente, y preguntas abiertas que pudieran formularse en el mismo momento de la visita.

En este contexto, se preparó y realizó una entrevista semi-estructurada. Las preguntas que se detallan a continuación fueron formuladas de acuerdo a las observaciones encontradas en la revisión de la Pauta de Estándar General de Acreditación para Instituciones Abiertas. Posteriormente a su redacción, se presentaron al Comité de Calidad, donde se revisaron, siendo modificadas y mejoradas en función de las deficiencias encontradas en el diagnóstico con el fin de llegar a consenso y contar con la participación de los interesados.

Las preguntas realizadas durante la entrevista fueron:

1. ¿Qué motivó al CESFAM a optar por la acreditación?
2. ¿Cuál fue el primer paso en el ámbito de acreditación?

3. ¿Cómo se conformó el equipo de calidad? ¿Cuál fue el criterio de selección?
4. ¿Cómo fue el proceso de difusión de calidad y seguridad a los demás funcionarios?
5. ¿Cuál fue el principal desafío en la acreditación?
6. ¿Cuál fue el periodo de tiempo estimado para el proceso de acreditación? ¿Qué fue lo más difícil?
7. ¿Cómo fue el proceso de revisión de protocolos?
8. ¿Cómo se definió la política de calidad?
9. ¿Cómo fue el proceso de codificación de emergencia?
10. ¿Cuántas capacitaciones en calidad se realizaron? ¿En qué temas? ¿Cómo se concientizó a los funcionarios respecto a la importancia de su rol en el proceso de acreditación?
11. ¿Cuál es la visualización personal del proceso de acreditación?
12. ¿Cuáles son los aspectos positivos del proceso de acreditación?
13. ¿Cuáles fueron los aspectos negativos del proceso de acreditación?
14. ¿Cómo definieron los pasos a seguir para el periodo de acreditación?
15. ¿Qué sugerencias tendría para otras organizaciones que inician el proceso de acreditación?

4.2.2 Proceso de visita y experiencia de acreditación del CESFAM Lorenzo

Arenas

Con base en lo detallado previamente, se contactaron a dos Centros de Salud para concertar una visita a la institución; el CESFAM Juan Soto Fernández no ofreció disponibilidad para una visita o algún tipo de entrevista. En cuanto al CESFAM Lorenzo Arenas, se confirmó la visita, la cual fue guiada por la encargada de Calidad del CESFAM y miembros del comité de calidad del establecimiento.

Al inicio de la visita se explicó el objetivo de ésta, autorizándose para realizar la entrevista y recopilar toda la información obtenida en el lugar para este presente trabajo, dicha entrevista fue grabada y posteriormente se transcribió la información resultante

dando respuesta a las preguntas previamente formuladas y dando detalle al objetivo propuesto en este capítulo.

La encargada explicó la experiencia del proceso de Acreditación del CESFAM Lorenzo Arenas, desde el inicio del proceso, las principales implicaciones y dificultades. Se realizó esta visita durante la última semana de noviembre del año 2015

El CESFAM Lorenzo Arenas fue fundado en 1958, éste obtuvo certificación como nivel superior en Modelo de Salud Familiar el año 2014. La población beneficiaria a la que atiende es de 22.307 usuarios. La institución realiza trabajo colaborativo con la comunidad, la cual está organizada y empoderada. Tiene una dotación de 130 funcionarios, y un equipo interdisciplinario, comprometido e involucrado. La infraestructura data del año en que fue fundada la institución, por lo que es una infraestructura antigua, contando con demostración sanitaria (infraestructuras construidas antes del 2007 puede obtener demostración sanitaria en vez de autorización sanitaria).

4.2.2.a) Proceso de Acreditación CESFAM Lorenzo Arenas

El proceso de acreditación inició el año 2010 cuando la municipalidad expresó la intención que las instituciones de atención primaria postularan a la acreditación, por lo que se seleccionaron a algunos funcionarios de los CESFAM pertenecientes al municipio para que realizaran capacitaciones de 80 horas sobre acreditación a través de los convenios docente-asistencial existentes entre una universidad y la municipalidad. Seguido de esto, a través de los convenios docente-asistenciales, se gestionó el asesoramiento de una empresa acreditadora, la cual trabajó con los equipos de calidad de cada centro de salud perteneciente a la municipalidad de Concepción.

Luego de las capacitaciones realizadas, se conformó el equipo de calidad del CESFAM Lorenzo Arenas, el cual fijó como meta ser la primera institución de Atención Primaria en ser acreditada en Chile. Al realizar un primer diagnóstico para optar a la acreditación en el CESFAM Lorenzo Arenas, las principales brechas encontradas fueron: i)

deficiencias en la estructura física; ii) recurso humano insuficiente para realizar trabajo en temas relacionados al proceso de acreditación; iii) disposición disminuida de todos los funcionarios de la institución al trabajo con calidad; iv) recursos económicos insuficientes para subsanar deficiencias o contratar personal adicional; v) falta de capacitación y desconocimiento en temáticas de calidad para los funcionarios del establecimiento; y vi) falta de apoyo directivo del CESFAM.

En el año 2011 el equipo de calidad del CESFAM Lorenzo Arenas comenzó a trabajar en temas de calidad, aplicando la pauta de estándar general de acreditación para instituciones de atención abierta obteniendo un 0% de las características obligatorias y 6.6% del total, muy bajo al umbral requerido para acreditar. A partir de estos resultados, fueron trabajando en los indicadores exigidos por la pauta, actualizando protocolos y realizando mejoras en el establecimiento, siendo asesorados por una empresa acreditadora, que los visitaba periódicamente, revisando los documentos que debían realizar.

En paralelo, los encargados de calidad de los distintos CESFAM, eran convocados para ir trabajando mensualmente en conjunto, entre ellos los encargados de calidad del CESFAM Lorenzo Arenas. En las reuniones se encargaban de elaborar documentos institucionales exigidos por la pauta, en su mayoría protocolos, los que posteriormente debían incorporar en los distintos establecimientos. Al incorporar los protocolos formulados externamente, se presentó la primera dificultad, ya que los funcionarios rechazaban ejecutar los procedimientos de protocolos externos, además generaba la sensación de evaluación de desempeño.

En cuanto al trabajo con la empresa acreditadora, luego de un tiempo se consideró que el avance no fue el esperado, por lo que el equipo de calidad resolvió solicitar a la dirección superior la asignación de recurso humano y recursos económicos para el proceso de acreditación, obteniéndose una respuesta positiva, con lo que se aumentan las horas de trabajo para la encargada de calidad y se contrata a otra empresa acreditadora.

En esta nueva etapa el equipo de calidad se conforma por seis funcionarios de distintas profesiones del CESFAM, realizándose reuniones una vez al mes con todo el equipo, asignándose tareas y funciones las cuales se revisaban en la siguiente reunión, siendo apoyados y guiados por la nueva empresa acreditadora.

Durante el proceso de formulación de documentos institucionales, las principales dificultades encontradas fueron: i) la resistencia de los funcionarios al proceso; ii) la escasa cantidad de horas asignadas al trabajo de acreditación; iii) la relación con las unidades de apoyo con que se trabajaba externamente la cual no estaba en proceso de acreditación; iv) el rechazo por los funcionarios a ejecutar las acciones de acuerdo a los protocolos, ya que consideraban la experiencia en desmedro de los documentos institucionales; y v) el temor y resistencia de los funcionarios a las evaluaciones que implicaba ejecutar los protocolos.

La estrategia utilizada para disminuir la resistencia de los funcionarios fue la formación de monitores de calidad, los cuales fueron capacitados por el equipo de calidad para que ellos se empoderaran de sus áreas, con la responsabilidad a su vez de que ellos capacitaran a 10 personas. El criterio de selección de estos monitores fue que fueran líderes positivos, aunque también se seleccionaron líderes negativos para que conocieran el proceso de acreditación y pudieran cambiar su percepción. Para aumentar el conocimiento y capacitación de los funcionarios en temáticas de calidad se implementaron capacitaciones a través del Programa Anual de Capacitaciones –PAC–, siendo estas internas y externas.

Otro punto difícil de implementar fue el código de emergencia, relacionado con la característica obligatoria –AOC 1.1–, para lo cual se estableció como estrategia incorporar en cada computador un protector de pantalla con el código de emergencia y el procedimiento a seguir en caso que se activase. Este código y el desarrollo de éste debía ser conocido por todos los funcionarios.

Posteriormente, el equipo de calidad del CESFAM Lorenzo Arenas se dedicó a la formulación de documentos institucionales e implementación de éstos, y al desarrollo de actividades relacionadas con el cumplimiento de la pauta de acreditación en calidad en salud con los funcionarios del establecimiento. En agosto 2013 la segunda empresa acreditadora aplicó la pauta simulando el proceso de acreditación. El resultado fue positivo, teniendo visto bueno para solicitar la acreditación. El único paso previo a esta solicitud fue la incorporación de un informe de autoevaluación que se debía subir al sistema.

Luego de solicitar la acreditación, se sorteó la empresa acreditadora inscrita en la Superintendencia de Salud, la cual los visitó el 9 de diciembre de 2013. Esta institución fue el primer CESFAM en Chile en solicitar la acreditación y los segundos en obtener el certificado de acreditación emitido por la Superintendencia de Salud. Los resultados del proceso de acreditación fueron entregados en febrero de 2014, obteniendo un 92,6% de acreditación. A pesar de no cumplir la meta de ser los primeros en el país en acreditar, han sido los que han obtenido el mayor porcentaje de acreditación en Atención Primaria a nivel nacional.

El CESFAM Lorenzo Arenas pasó de no alcanzar umbrales suficientes para aprobar las 12 características obligatorias, obteniendo un -0%- en la primera evaluación el año 2011 al -100%- de las características obligatorias de la pauta de acreditación. En cuanto al total de las características obligatorias de la pauta, en la primera evaluación pasó de obtener un -6,6%- a un -92,6%- de cumplimiento del total características de la pauta de estándar general para prestadores de salud en atención abierta. Un año después recibieron la visita de la Superintendencia de Salud, la cual tenía como objetivo fiscalizar que las mejoras de los procesos permanecieran en el tiempo.

4.2.3 Aprendizaje de la visita al CESFAM Lorenzo Arenas

A partir de un trabajo de 4 años el equipo identificó que lo más importante es la motivación y el trabajo permanente y metódico para lograr avances en la acreditación del sistema. Es clave comprender que la acreditación se enfoca en los procesos, no en los resultados. El equipo de calidad del CESFAM Lorenzo Arenas sugiere para otras instituciones que deseen postular a la acreditación lo siguiente:

- Es recomendable hablar de calidad en salud en vez de acreditación, ya que así se entiende que es mejora continua de procesos y no trabajo enfocado en obtener una certificación.
- Se debe lograr un compromiso institucional y directivo, ya que los procesos son realizados por los funcionarios de la institución y la dirección superior se encarga de la distribución de recursos.
- El proceso de acreditación no incluye recursos ministeriales u otros externos, se deben destinar recursos económicos propios de la institución para incorporar alguna mejora o bien se debe buscar financiamiento a nivel central.
- El desarrollo de funciones relacionadas con el cumplimiento de las características de la pauta de acreditación en calidad requiere recurso humano extra. En caso del CESFAM Lorenzo Arenas, inicialmente la encargada de calidad no contaba con horas designadas para coordinar y gestionar actividades relacionadas con calidad y seguridad, conforme avanzaba el proceso fueron designadas 22 horas, y posterior a la acreditación fueron otorgadas 44 horas para esta función. Esto porque la encargada de calidad es el líder del proceso de acreditación y debe velar porque se mantengan los procesos. En paralelo se deben reorganizar las tareas de los funcionarios para incorporar temáticas de calidad.
- Las reuniones del equipo de calidad deben planificarse, asignar tareas y responsables; si es necesario debe dividirse el equipo, con reuniones mes a mes y cercano al proceso de acreditación, incrementar a reuniones semanales.
- Para involucrar a distintos estamentos de la institución, se debe incorporar a profesionales de distintas áreas al equipo de trabajo en calidad.

- Incorporar un sistema de gestión documental contribuye al orden de todos los documentos exigidos, ya que facilita la supervisión y ejecución de los mismos; en el CESFAM Lorenzo Arenas se tiene un manejo de documentos por carpeta, una carpeta con los protocolos actualizados, otra con las evaluaciones e informes que demuestren que se han ejecutado los protocolos; se colocan en orden de la pauta de estándar general para instituciones de atención abierta. Una última carpeta contiene las versiones antiguas de los protocolos. Se deben presentar solamente versiones actuales de los documento al momento de las supervisiones —auditorías—.
- Para la evaluación de ejecución de procedimientos de algunos protocolos se utilizan indicadores, en su mayoría de proceso; cada protocolo debe contener pautas de evaluación con algunos pasos importantes de un proceso, las cuales deben aplicarse con un sistema aleatorio de evaluación; el tamaño de la muestra se obtiene a través de una calculadora que se encuentra disponible en la web de la Superintendencia. Posterior a las evaluaciones se emite un informe de resultados este informe contiene el indicador donde se describe el porcentaje de cumplimiento, el análisis del indicador, introducción, el objetivo de la evaluación, metodología, cómo se hizo la muestra, análisis de desarrollo y plan de mejora. Los resultados del informe son enviados a las áreas del establecimiento de donde son obtuvieron los datos de los indicadores.

A partir de la visita al CESFAM Lorenzo Arenas, se concluye que el proceso de acreditación requiere de la asignación de recursos económicos para la disminución de brechas y la contratación de recurso humano para coordinar y gestionar actividades que puedan dar cumplimiento a las características de la pauta de acreditación en salud. Por tal razón, es importante lograr un compromiso directivo para la gestión de éstos. Deben realizarse capacitaciones al equipo de calidad y funcionarios de la institución en temáticas relacionadas al proceso; a su vez debe involucrarse al personal desde el inicio del proceso en las distintas actividades implementadas para disminuir la resistencia al cambio, y si es necesario realizar la reorganización de funciones para incorporar temáticas de calidad en la organización.

CAPÍTULO 5. PLANIFICACIÓN DE ACCIONES PARA CUMPLIR CON REQUISITOS DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN

5.1 Propuesta de plan de implementación

A partir de la aplicación de la pauta de estándar general para instituciones abiertas, los resultados obtenidos para el CEFAM del caso de estudio fueron insuficientes, cumpliendo solo 8 características, de un total de 90, siendo sólo 3 de carácter obligatorio. Del total de características disponibles, el comité de calidad analizó la implementación de éstas de acuerdo a su factibilidad de ejecución, y se decidió considerar características sobre el mínimo exigido para la aprobación de la futura acreditación.

A partir de esto se formuló un programa de trabajo, cuyo formato y contenidos mínimos de estructura están definidos por las “Orientaciones para el diseño de requerimientos del proceso de acreditación en salud” del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente (2008- 2010) y por el protocolo de gestión documental del CESFAM Lumaco —propuesto a la institución durante el desarrollo del presente trabajo—. Estos formatos son requisitos para que los documentos puedan tener carácter institucional y así ser válidos en el momento de la evaluación por la empresa acreditadora.

El ítem de desarrollo del programa de trabajo se desglosa por ámbito de trabajo; el primer ámbito desarrolla las brechas para la obtención de la autorización sanitaria; el segundo ámbito desarrolla las brechas encontradas para el cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias de la pauta de estándar general para instituciones de atención abierta. Esta contiene objetivos generales, con los cuales se busca dar cumplimiento en el desarrollo del plan.

En la Tabla 5.1 se detalla el área de trabajo donde se deben desarrollar acciones para subsanar las brechas, el plazo o periodo de tiempo planificado para lograr el

cumplimiento de las actividades planificadas, el o los responsables del cumplimiento de las actividades, la evaluación del cumplimiento de las actividades y las observaciones. El plan se presenta en el Anexo A: Programa de trabajo 2016 Comité de Calidad CESFAM Lumaco.

El plan de trabajo se realizó en conjunto con los miembros del comité de calidad del CESFAM Lumaco, con plazo de ejecución, dada la exigencia de la característica obligatoria CAL 1.1 de la pauta de estándar general de instituciones abiertas. Las revisiones de avance del plan son bimensuales. Se ha asignado un presupuesto de \$20.000.000 para el año 2016 para subsanar brechas para la obtención de la resolución sanitaria en el CESFAM Lumaco, CECOSF Capitán Pastene y Postas de salud rural (5). Este monto fue aportado por el municipio de Lumaco, a solicitud de la Dirección del CESFAM Lumaco con base en las necesidades identificadas, no implicando que otros Centros requieran un monto similar. Este debe adaptarse a la necesidad y características de cada centro.

Existe compromiso de la dirección para destinar recursos necesarios para dar cumplimiento al plan, en cuanto a la gestión de recursos económicos, pero al ser dependientes del municipio, estos pueden ser limitados. Los posibles obstáculos para la implementación de este plan son: (i) los recursos económicos, los cuales pueden no ser suficientes; (ii) el requerimiento de tiempo por parte de los responsables de las actividades, pues son actividades adicionales a su carga de trabajo; (iii) la resistencia al cambio por parte de los funcionarios ya que la implementación de las actividades requiere de una mayor cantidad de registros y estandarización de procesos.

Las áreas de trabajo planteadas en el programa de trabajo incluyen todas las áreas de funcionamiento del CESFAM Lumaco, las cuales fueron identificadas en la aplicación de las brechas en el desarrollo del capítulo 3.

Tabla 5. 1. Tabla de plan de trabajo por ámbito

1. Ámbito de Trabajo:					
Objetivo General:					
Área	Actividades	Plazo	Responsable	Evaluación/verificador	Obs

Fuente: Elaboración propia

5.2 Propuesta de plan de acción en el CESFAM Lumaco

En anexo A: Programa de trabajo 2016 Comité de Calidad CESFAM Lumaco.

La propuesta del plan de acción que es presentado en el Anexo A: Programa de trabajo 2016 Comité de Calidad CESFAM Lumaco, fue formulado en base a las brechas encontradas en el desarrollo de este trabajo, con una serie de actividades factibles de realizarse en el periodo próximo de un año.

Una primera parte del plan de accion busca disminuir brechas para la obtencion de la autorizacion sanitaria (item I: Autorización sanitaria), en una segunda etapa preparar a la institución con el cumplimiento de las características obligatorias (item II: Características Obligatorias) y en paralelo se plantea el trabajo del comité de calidad (item III).

El item I, abarca áreas de cumplimiento de infraestructura física y documentación (manuales de funcionamiento), en áreas como REAS, botiquin de farmacia, reglamento de higiene y seguridad, manual funcioanarios, manuales de laboratorio, de rayos x, de calderas y autoclaves, entre otros. Debe entenderse que para la obtención de cada documento, todos os funcionarios que puedan incidir en esa área deben participar y ejecutar las orientaciones que se describan en él.

En el item II, detalla actividades para el cumplimiento de las características de ejecución obligatoria, en este item se definirán encargados pr área, fijando fechas para evaluaciones internas de cumplimiento

En cuanto al item III, se detallan las principales funciones del comité de calidad, el cual debe ir orientando a los funcionarios, asesorando y vigilando el cumplimiento de actividades relacionados al item I e item II.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Para dar cumplimiento al objetivo general del presente trabajo de elaborar una estrategia de gestión para la implementación del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta para el CESFAM de la comuna de Lumaco, se plantearon tres objetivos específicos.

En relación al diagnóstico de la situación actual del CESFAM Lumaco, a partir de los requisitos de la pauta de estándar general de acreditación para prestadores de salud en atención abierta se concluye que el CESFAM Lumaco debe contar con autorización sanitaria vigente para cada establecimiento de su dependencia: CESFAM, CECOSF y cinco Postas de salud rural, primer pre-requisito para optar a la acreditación. La autorización sanitaria del CESFAM Lumaco debe renovarse a junio del 2016, lo cual está sujeto a subsanar brechas encontradas por el ente fiscalizador; en el caso del CECOSF Capitán Pastene, debe evaluarse las brechas que puedan existir para solicitar la autorización sanitaria; en caso de las 5 Postas de salud rural, solo debe solicitarse demostración sanitaria, ya que su infraestructura está construida anterior al año 2007, considerando la Circular N°A15/09 “Instrucciones para dar Autorización Sanitaria de funcionamiento y reitera instructivo de demostración sanitaria”, el cual señala que los establecimientos que se encuentran en funcionamiento previo al 8 de febrero del 2006 deben cumplir con el requisito de “demostración sanitaria” y aquellos construidos posterior a esta fecha deben obtener “autorización sanitaria”.

El segundo pre-requisito es demostrar que se realizó un proceso de autoevaluación y mejora continua 12 meses previo a la solicitud de acreditación, el cual puede verificarse a través del desarrollo de un plan de trabajo anual e informes de avance.

En cuanto a los resultados de la aplicación de la pauta de acreditación de estándar para instituciones de atención abierta, de las 12 características de cumplimiento obligatorio, GCL 1.2 y GCL 1.4 se declaran como no aplicables a la institución; tres características obligatorias (30% de cumplimiento del total de características obligatorias) alcanzaron el

porcentaje mínimo definido en los umbrales de cumplimiento, siendo estas DP 1.1, RH 1.1 y RH 1.2. En otras palabras, el CESFAM Lumaco no aprobaría la acreditación al cumplir solamente con el porcentaje mínimo de 3 características de un total de 12 que contiene la pauta.

De las 84 características no obligatorias restantes revisadas en la pauta, 5 características alcanzaron el porcentaje mínimo definido en los umbrales de cumplimiento, siendo estas: DP 4.2, EQ 2.2, APL 1.1, APL 1.4, y APA 1.1. La pauta exige un cumplimiento del 50% de la suma de características obligatorias y no obligatorias. Por tal razón, el CESFAM Lumaco no cumpliría con este porcentaje mínimo para optar a la acreditación.

El diagnóstico fue complementado con el estudio de experiencias de un centro de salud de atención abierta de la zona sur de Chile acreditado con el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta. A la fecha de inicio de este estudio, en Chile existían 7 centros de atención abierta acreditados que poseen características de clasificación similares al CESFAM Lumaco. En este contexto, se estudió el proceso de acreditación del CESFAM Lorenzo Arenas iniciado en el año 2011 el cual obtuvo el certificado de acreditación en el año 2015. El estudio del proceso permitió identificar brechas, dificultades y aprendizaje.

Sus principales brechas fueron: recursos financieros para infraestructura equipamiento e implementación, desconocimiento de los contenidos de la pauta, procedimientos que debían realizar los funcionarios, limitación del número de horas destinado a elaboración de documentos, su organización y seguimiento. Estas brechas son similares a las encontradas en la experiencia relatada por Zuñiga 2007, el Comité Técnico de la Comisión de Salud AChM 2011.

Para el CESFAM Lorenzo Arenas, las principales dificultades del proceso de acreditación fueron: la resistencia al proceso, la limitación en horas destinadas a la función propia de la calidad, dificultad en ejecutar las acciones en base a protocolos estandarizados en vez de la experiencia e improvisación, el temor y resistencia a

evaluaciones en las áreas de la institución, el diseño de una evaluación permanente y continua, el no contar con instalaciones adecuadas y falta de recursos para subsanar brechas en esta, la existencia de rechazo en temas de calidad en los funcionarios de la institución y la falta de reconocimiento para los encargados de calidad.

Para superar las brechas y principales dificultades, el CESFAM Loreno Arenas se enfocó en el cambio de la cultura organizacional, profundizar conceptos de calidad en vez de acreditación, difusión de los conceptos y la formación de monitores. Además, realizaron alianzas tales como los convenios asistenciales docentes y obtuvieron un alto nivel de compromiso directivo, el cual gestionó recursos para trabajar en brechas y destinó horas de recurso humano para la el desarrollo de las actividades necesarias para alcanzar los niveles de cumplimiento necesarios en los requisitos a evaluar por la pauta. Las estrategias implementadas que dan respuesta a las principales dificultades por el CESFAM Lorenzo Arenas se asemejan a recomendaciones de otras entidades que se sometieron al proceso de acreditación como la Clínica Alemana —primera institución en Chile en ser acreditada con la pauta de estándar—, MUTUAL de la Cámara Chilena de la Construcción, Hospital Exequiel González Cortés, entre otros, donde se buscó instaurar una cultura de calidad a los funcionarios, se asignaron horas de recurso humano para desarrollo de funciones relacionadas con el cumplimiento de las características de la pauta de acreditación en calidad en salud, se realizaron capacitaciones a funcionarios e incluso se contrató asesoramiento externo como apoyo al proceso, entre otras acciones.

Con base en lo anterior, se elaboró una propuesta para planificar las acciones necesarias que el CESFAM de la comuna de Lumaco debería realizar con el fin de mejorar sus actuales condiciones y cumplir con los requisitos del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta. A partir del diagnóstico aplicado al CESFAM Lumaco y la experiencia compartida por el CESFAM Lorenzo Arenas, se enfocan las principales acciones a desarrollar en subsanar las brechas para la obtención de la resolución sanitaria, siendo este ítem de alta prioridad. A esto siguen acciones

—llamadas en el documento actividades— que permitan dar cumplimiento a las características obligatorias de la pauta de estándar general de atención abierta.

El cumplimiento de estas acciones es indispensable para que el CESFAM Lumaco se prepare adecuadamente previo a la solicitud de acreditación. Su aplicación requiere de asignación adicional de tiempo para los miembros del comité de calidad, destinación de tiempo para funcionarios responsables de actividades o procesos, y asignación de recursos financieros, los cuales ya fueron comprometidos a la fecha de entrega de este trabajo. Estos recursos financieros permitirían la obtención de la resolución sanitaria de los 2 centros y las 5 postas al mejorar la infraestructura de estos establecimientos a fines del año 2016.

El aporte de este estudio al CESFAM Lumaco se verá reflejado en el mediano plazo una vez que se obtenga la acreditación del Centro de Salud la cual se espera postular durante el año 2017. Existe el compromiso de la dirección del Centro de implementar la propuesta de plan de acción durante el presente año 2016 y hasta que se logre la acreditación.

BIBLIOGRAFIA

Annick, M. (2002). "The Chilean Health System: 20 years of reform". En "Revista de Salud Pública de México", vol 44, N°1 enero 2002.

Ayarza, E. (2015), Acreditación en regiones: Limitaciones para un proceso exitoso, Soccas Temuco.

Bachelet, V. (2011), Calidad, la cuarta garantía AUGE. Rev Medwave. No 3, 11(03).

Bañeres, J. (2003). Experiencia de la Fundación Avedis Donabedian (FAD) en la aplicación del modelo de estándares internacionales de la Joint Commission of Accreditation. *Escuela Valenciana de Estudios para la Salud*, [online] 67, pp.165-182. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=e1bca5c6-da8e-4fe5-8709-f6b2253e803c&groupId=10128 [Rev 7 Oct. 2015].

Bastías, G y cols. (2007), Reforma de Salud en Chile: El Plan AUGE o Régimen de Garantías de Salud: Su Origen y Evolución, Boletín Escuela de Salud Pública UC, Vol. 32, N°2, 2007

Bohigas L., (1995). ¿Qué es la acreditación?. Rev. de Calidad Asistencial. 1995; 1:5-6.

Bohigas L.,(2001). La Política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud, , en Rev Calidad Asistencial 2001;16:476-518

Cabezas, D. (2014). *El Tipógrafo*, [online] p.1. Disponible en: <http://eltipografo.cl/2014/06/superintendente-y-acreditacion-en-salud-ha-sido-mas-lento-de-lo-presupuestado/> [Rev 7 Oct. 2015].

Centro de Sistemas Públicos, (2014). "Directivos Públicos Permanecen 2,6 años promedio en sus cargos". Disponible en: www.pulso.cl, 30/1/2014

Ceriani J. (2009), La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch. argent. pediatr. [online], vol.107, n.5, pp. 385-386. ISSN 1668-3501.

DEIS, MINSAL, (2013), Número de Establecimientos de Salud, según tipo, por Servicio de Salud. Año 2013

Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.

Donabedian A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública Mex. 32: 113-117. Gutierrez, R., (2007). Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes; Revista CONAMED (2) abril-junio:p5.

Donabedian A. (1991) “Una Aproximación a la Monitorización de la Calidad Asistencial”. En rev. “Control de la calidad Asistencial” 6, 1 (1-6) 1991.

EPI – Departamento de Epidemiología. (2015). *EPI – Departamento de Epidemiología*. [online] Available at: <http://epi.minsal.cl/> [Accessed 7 Jan. 2016].

European Foundation for Quality Management. “*The EFQM excellence model, European Foundation for Quality Management*”. En www.efqm.org, [Rev el 10 de Dic. 2015]

Fernández J. y cols. (2009). “Acreditación de Servicios Sanitarios” capítulo en “Manual de Calidad Asistencial”, Servicio de Salud Castilla la Mancha, 2009.

Guix J. (2005). Calidad en Salud Pública. *Gaceta Sanitaria* [online], 19(4), pp. 325-332. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/calidad-salud-publica/articulo-resumen/S0213911105747890/> [Rev: 6 de Sep. 2015].

Herrera, C. (2011). *Consultorios de Excelencia y Acreditación*. Comité Técnico, Comisión de Salud. AChM Dirección de Salud, Municipalidad de Santiago

Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T. and Evans, E. (2003). How can we improve the quality of health care in Japan?. *Health Policy*, 66(1), pp.29-49.

Hospital Exequiel González Cortes, 2010. Cuenta Pública. En www.hegc.cl [rev 25 de Nov. 2015].

INE, 2012. Compendio estadístico regional La Araucanía 2012, 101 p.

INE, 2012. Resultados Preliminares Censo 2012. 60 p.

Inostroza P., (2008). pp. Prestadores y Calidad de Atención, Hacia un Enfoque Garantístico en el Sistema de Salud. Chile

Jaafaripooyan, E. (2011). Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. *International Journal for Quality in Health Care*, [online] 23(6), pp.645-656. Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/6/645.long> [Rev 7 Enero 2016].

Joan, R (2012), Gestión de Calidad en una Organización de Salud Pública. *Gaceta Sanitaria* [online], 26(4), pp. 379-382. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/gestion-calidad-una-organizacion-salud/articulo/S0213911112000696/>. [Rev 6 de Sep. 2015].

Lenz, R (2007), Proceso Político de La Reforma AUGE de Salud En Chile: Algunas Lecciones Para América Latina, Una mirada desde la economía política, Serie Estudios Socio-Económicos N°38 CIEPLAN

Ley AUGE N° 19.966, Régimen General de Garantías en Salud entrada en vigencia el 1 de abril del 2005.

Ley de Autoridad Sanitaria en Salud, entrada en vigencia 24 de enero de 2004
Mattke S., Epstein A., Leatherman S.(2006): The OECD Health Care Quality Indicators Project; history and background. *IJQHC*, OUP, Vol. 18. Suppl. 1. Sept. 2006: 1-4

MIDEPLAN, (2014). *Reporte Comunal: Lumaco, Región de La Araucanía*. Observatorio Social, p.6.

Ministerio de Sanidad y Política Social, (2008). Estudio IBEAS “Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica”.

MINSAL (2004). Ley Autoridad Sanitaria y Gestión, Ley 19.937.

MINSAL (2005) DFL N° 1, DE 2005.

MINSAL (2007). Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores de salud.

MINSAL (2008), Guía para la implementación de la acreditación. Documento División de Calidad y Seguridad del paciente

MINSAL (2008). Guía de implementación para la acreditación. Santiago, Chile.

MINSAL (2008). Reforma de salud, calidad logros y desafío, subsecretaria de redes asistenciales. Santiago, Chile.

MINSAL (2008). Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Santiago, Chile. Departamento de calidad y seguridad del paciente.

MINSAL (2008). *Decreto N°58 Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales*. Subsecretaria de Salud Pública, p.2.

MINSAL (2008). *Normas técnicas básicas para la obtención de Autorización Sanitaria de las Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor*. Subsecretaría de Salud Pública, p.12.

MINSAL (2009). Manual de estándar general de acreditación para prestadores institucionales atención abierta. Santiago, Chile

MINSAL (2009). Metodología: elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad. Santiago, Chile.

MINSAL (2009). Pauta de Cotejo manual de estándar general de acreditación para prestadores institucionales atención abierta. Santiago, Chile

MINSAL, (2013). *Circular N°A15/09 Señala Instrucciones para dar Autorización Sanitaria de funcionamiento a los Hospitales de los Servicios de Salud y reitera el*

instructivo de procedimiento de "demostración sanitaria". Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, p.2.

Municipalidad de Lumaco, (2014). *Plan de Desarrollo Comunal 2015 - 2018*. Lumaco, p.80.

Organización Mundial de la Salud (2008). "The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research". Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2009). Estadísticas sanitarias mundiales. En www.who.int

Organización Panamericana de la Salud (2012) "Análisis comparado del marco jurídico sobre calidad de la atención y seguridad del paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea". En www.paho.org

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2013). "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013". Washington, D.C., Estados Unidos de América. En www.paho.org.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. "Health at a Glance: OECD Indicators". En www.oecd.org, rev. 1/06/2014

Román, A (2012). Modelos de gestión en las organizaciones de salud. *Medwave* [online], N°3, pp 4. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5329> [Rev 6 de Sep. 2015].

Samúdio, V. (2007). Estándares de Acreditación de Hospitales Internacionales de la Joint Comisión. Servicios Farmacéuticos, Centro Hospitalario Bajo Alentejo.

Santibáñez S., P. (2007). Definición de los criterios de calidad para la acreditación de las unidades de farmacia de los hospitales tipo cuatro del Servicio de Salud Valdivia. Tesis Escuela de Química y Farmacia, facultad de ciencia. Universidad Austral de Chile.

Servicio de Salud Araucanía Sur, Antedecentes del Servicio de Salud Araucanía Sur

Shaw, C.D. 2004. Toolkit for accreditation. International Society for Quality in health care (ISQua).Melbourne Disponible en: http://www.hciproject.org/sites/default/files/Toolkit_for_Accreditation_Programs_ISQua.pdf. [Rev 7 de Enero 2015].

Superintendencia de Salud de Chile (2009), "Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta". Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. En www.supersalud.gob.cl.

Sotos, Dierssen, Gestión de la calidad asistencial: modelo basado en la mejora continua. EFQM.

SUPERSALUD, (2010). *Introducción y adopción de una Cultura de Calidad en Clínica Alemana de Santiago SA*. Serie Experiencia de Buenas Prácticas N°2. [online] Unidad Técnica Asesora, p.7. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-5653_recurso_1.pdf [Rev 7 Oct. 2015].

SUPERSALUD, (2013). *Elaboración y Gestión de documentos para el Proceso de Acreditación en Salud: Recomendaciones para Prestadores Institucionales*. Observatorio de Buenas Prácticas en Salud.

SUPERSALUD, (2013). *La red Mutual de Seguridad C.CH.C cuenta en la actualidad con once Centros acreditados a nivel nacional, incluyendo su Hospital Clínico..* [online] Observatorio de Calidad en Salud: Experiencias en Acreditación, p.2. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8943_mutual.pdf [Rev 7 Oct. 2015].

SUPERSALUD, (2015). *Estadísticas de Prestadores Institucionales Acreditados, del 24 de diciembre 2009 al 30 de abril 2015*. Unidad de Control y Gestión

SUPERSALUD, (2015). *Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud*. Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, p.152.

SUPERSALUD, página web: www.supersalud.gob.cl, [Rev en 01 Oct. 2015]

SUPERSALUD. Superintendencia de Salud. <<http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-2618.html>> [Rev 10 de Dic. 2015]

Toha, D. (2006). pp. Reforma de salud, Régimen de garantías en salud. Santiago, Chile.

Velásquez M.S. (2011) “Acreditación de Calidad en Salud”. Exposición en pág. Superintendencia de Salud www.supersalud.gob.cl.

Waissbluth, M (2008) Gestión del cambio en el sector público, Documento de estudio MGPP, U. de Chile.

World Health Organization (2005) World Alliance for patient safety, Forward Programme, WHO, 2005.

Zúñiga A. (2007). “Sistemas Sanitarios y Reforma de Salud en Chile”. En rev. Acta bioethica 2007; N°13. pag 237 – 245

GLOSARIO

AOC: **Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la atención**
APA: **Servicio de Apoyo de Anatomía Patológico**
APD: **Servicio de Apoyo unidad de diálisis**
APE : **Servicio de Esterilización**
APE: **Servicio de Apoyo de Esterilización**
APF: **Servicio de Apoyo unidad de farmacia**
API : **Servicio de Imagenología**
APK: **Servicio de Apoyo de Kinesioterapia**
APL: **Servicio de Apoyo Laboratorio Clínico**
APT : **Unidad de Transporte de Pacientes o Servicio de Movilización**
AUGE: **Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud**
CAL: **Ámbito gestión de Calidad**
CECOSF: **Centro Comunitario de Salud Familiar**
CESFAM: **Centro de Salud Familiar**
CMA: **Cirugía Mayor Ambulatoria**
COLDAS: **Convenio Docente Asistencial**
DP: **Ámbito Dignidad del Paciente**
EA: **Eventos Adversos**
EFQM: **European Foundation for Quality Management**
EMR: **Estación Médico Rural**
EQ: **Ámbito Seguridad del Equipamiento**
ERA: **Enfermedades Respiratorias de Adultos**
GCL: **Ámbito Gestión Clínica**
GES: **Garantías Explícitas en Salud**
IIH : **Infecciones Intrahospitalarias**
INS: **Ámbito Seguridad de las Instalaciones**
IRA: **Infecciones Respiratorias Agudas Pediátricas**
JCAHO: **Joint Comission on Acreditattion of Healthcare Organizations**
JCI: **Joint Commission International**
MINSAL: **Ministerio de Salud**
OCDE: **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico**
OIRS: **Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias**
OMS: **Organización Mundial de la Salud**
OPS: **Organización panamericana de la salud**
PAC: **Programa Anual de Capacitaciones**
PAP: **Papaniculaou**
PSR: **Posta de Salud Rural**
REAS: **Residuos de Establecimientos de Atención en Salud**

REG: Ámbito Registros

RH: Ámbito Recurso Humano

RX: Radiológico

SEREMI: Secretaria Regional Ministerial

SIDRA: Sistema de Información de Redes Asistenciales

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico

SSAN: Servicio de Salud Araucanía Norte

SSAS: Servicio de Salud Araucanía Sur

SUR: Servicio de Urgencia Rural

ANEXOS

**ANEXO A: PROGRAMA DE TRABAJO 2016 COMITÉ DE CALIDAD Y
SEGURIDAD CESFAM LUMACO**

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 137 de 20	
		Código: CAL 1-1	

PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO 2016

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre función y firma	Nombre función y firma	Nombre función y firma
Fecha	Fecha	Fecha

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 2 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Índice

1. Objetivo:	139
2. Alcance:	139
3. Documentación de Referencia:	139
4. Responsables de la ejecución:.....	139
5. Abreviaturas y Definiciones:	139
6. Distribución:	157
7. Responsabilidad del encargado:.....	157
8. Registros asociados:.....	157
11. Control de Cambios:.....	157
12. Anexos:.....	157

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 3 de 20	
		Código: CAL 1-1	

1. Objetivo:

Establecer lineamientos generales de calidad y seguridad para las Unidades, Servicios, Centros de Responsabilidad del Centro de Salud Familiar de Lumaco para el año 2016.

2. Alcance:

Todo funcionario clínico y no clínico del Centro de Salud Familiar de Lumaco que participa directa o indirectamente en las actividades definidas en el Programa de Calidad.

3. Documentación de Referencia:

- Orientaciones para el diseño de requerimientos del proceso de Acreditación en Salud
- Manual del Estándar de acreditación para prestadores institucionales de Atención Abierta

4. Responsables de la ejecución:

- Elaboración, ejecución y modificación del programa: encargada del Comité de Calidad y Seguridad.
- Revisar el programa: Comité de Calidad
- Aprobar el programa: Director del establecimiento.
- Jefaturas de centros de responsabilidad y profesionales supervisores: establecer estrategias para la aplicación y supervisión de metas definidas en sus servicios tendientes al cumplimiento del Programa de Calidad Institucional.
- Comité de Calidad y Seguridad: Realizar seguimientos de actividades para el cumplimiento de los objetivos propuestos del Programa de Calidad, Evaluación del Programa de Calidad.

5. Abreviaturas y Definiciones:

C.E.S.F.A.M.: Centro de Salud Familiar.
S.S.A.N.: Servicio de Salud Araucanía Norte.
R.E.A.S.: Residuos de Establecimientos de Atención en Salud
S.O.M.E.: Servicio de Orientación Médico Estadístico
S.U.R.: Servicio de Urgencia Rural
G.E.S.: Garantías Explícitas en Salud.
O.I.R.S.: Oficina de Información, Respuesta y Solicitud.

 MUNICIPALIDAD DE LUMACO	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 4 de 20	
		Código: CAL 1-1	

6. Desarrollo :

El presente Programa de Calidad y Seguridad describe el trabajo a realizar durante el año 2016, brindando una atención de calidad y seguridad a nuestros usuarios y realizando una revisión semestral para analizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Periodicidad de la evaluación del programa: anual

Ítem I.- Autorización Sanitaria de Instalación y funcionamiento Res Exenta N° A-239389/ 13.06.2013, Punto 3, otorga 90 días de plazo para subsanar observaciones asociadas a proceso N°296459 del Cap N°73651							
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Indicador formula	Verificador	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0
Disminuir observaciones de Autoridad Sanitaria para renovar Resolución Sanitaria	Solicitud documentación a encargados	Comité calidad	Marzo 2016	Cantidad de documentos aprobados/ cantidad de documentos requeridos*100	Documentos institucionales	100%	
	Revisión física	Comité calidad	Junio 2016	Cantidad de áreas supervisadas/ total áreas*100	Actas de supervisión	100%	

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 5 de 20	
		Código: CAL 1-1	

1. Resolución Sanitaria. Autorización Sanitaria de Instalación y funcionamiento Res Exenta N° A-239389/ 13.06.2013, Punto 3, otorga **90 días** de plazo para subsanar observaciones asociadas a proceso N°296459 del Cap N°73651

Ámbito de Trabajo: Farmacia								
Objetivo General: Disminuir Brechas existentes en calidad en Área Farmacia								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	Obs Junio 2016
Definir Encargado Botiquín de Farmacia	Decretar Encargado Botiquín de Farmacia	Abril 2016	Dirección	Decreto encargado	Si /No	100%		Ok
	Hacer declaración ante notario del Encargado de Botiquín de Farmacia		Dirección	Decreto encargado	Si /No	100%		Ok
Activación de Comité de Farmacia a diciembre 2015	Activar Comité de Botiquín (Médico, Dental, Matrona; Tens, Farmacia, Dirección y Finanzas).	Marzo 2016	Dirección	Acta de Comité	Si /No	100%		Ok
Obtención de un Manual de Farmacia	Confección Manual o Protocolo de Farmacia (funciones, encargados y planos de distribución).	Abril 2016	Comité Farmacia	Un Manual de Farmacia	Si /No	100%		Manual con observaciones, definir estructura organizacional
Lograr Autorización sanitaria vigente	Tramitar Permiso Sanitario	Mayo 2016	Dirección	Certificado permiso sanitario	Si /No	100%		

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 6 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Gestión de Residuos								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Obtener el Manual de residuos	Confección Manual de residuos, con calendario de aseo (decretado), plano, operador y supervisor (decretado)	Julio 2016	Encargada REAS	Un Manual de Residuos de CESFAM Lumaco	Si /No	100%		2° semana junio presentar manual
Mejorar competencias funcionarios	Capacitación a funcionarios en manejo de residuos	Junio 2016	Encargada PAC	Certificados capacitación	Certificados capacitación / Total funcionarios REAS *100	100%		Junio capacitaciones a funcionarios
Obtener convenio vigente	Actualizar convenio vigente con empresa prestadora de servicios	Julio 2016	Encargado REAS	Documento con convenio vigente	Si /No	100%		Solicitar certificado de la empresa
Obtener Plan contingencia	Realizar Plan de Contingencia	Agosto 2016	Encargado REAS	Documento plan de Contingencia	Si /No	100%		Pendiente
Mantener actualizado registros	Realizar Registro de retiro de Desechos	Marzo 2016	Operadores REAS	Registros actualizados	Si /No	100%		Libro foliado, donde se registra desechos

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 7 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Caldera, vapores y autoclaves								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS junio 2016
Obtención de manual institucional	Confección de Manual de procedimiento Caldera, vapores y con plano de distribución, responsables con licencia e inscripción de autoclaves	Julio 2016	Enc Caldera	Manual institucional	Si /No	100%		Documento en elaboración
Cumplimiento de exigencias	Certificar por profesional pertinente (Ingeniero Acreditado)	Julio 2016	Enc Caldera	Certificado actualizado	N° certificado/ total funcionario s calderas *100	100%		Pendiente
Implementación programas de mantenimiento preventivo	Realizar plan de mantenimiento de equipos	Julio 2016	Enc Caldera	Programa de mantenimiento actualizado	Si /No	100%		Mantenimiento en Libro de novedades. Registrar aseo

 MUNICIPALIDAD DE LUMACO	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 8 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Validación Manual de procedimiento autoclave	Confección de Manual de procedimiento autoclave, con plano de distribución, responsables con licencia e inscripción de autoclaves	Julio 2016	Encargada de esterilización	Manual institucional	Si /No	100%		En estado elaboración
Implementar programa de mantenimiento preventivo	Realizar plan de mantenimiento de equipos autoclave	Julio 2016	Encargada de esterilización	Programa actualizado	Si /No	100%		En estado elaboración

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 9 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Instalaciones radioactivas								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Manual institucional	Confección Manual de procedimiento Instalaciones Radioactivas, con plano de distribución	Junio 2016	Enc Dental	Manual institucional	Si /No	100%		En estado de elaboración
Actualizar certificación	Certificado curso protección radiológica para operador de equipo radiológico, registro de protección radiológica y control dosimétrico	Junio 2016	Enc Dental	Certificados actualizados	Nº certificados / Total funcionarias RX*100	100%		Actualizar certificado de dos funcionarias, los demás OK

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 10 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Higiene y Seguridad								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS junio 2016
Lograr Activación Comité Higiene y Seguridad	Conformar Comité Higiene y Seguridad	Diciembre 2015	Dirección	Decreto Comité y Acta al día	Si/No	100%		Ok
Validación reglamento interno CESFAM Lumaco	Confección reglamento Interno Higiene y Seguridad	Julio 2016	Comité Higiene y Seguridad	Reglamento Interno del Comité Validado	Si/No	100%		Documento elaborado. Pendiente validación reglamento interno
Obtención de evaluación técnica de condiciones de higiene y seguridad	Adjuntar informe técnico de condiciones de Higiene y Seguridad respecto al D.S. 594/99	Mayo 2016	Comité Higiene y Seguridad	Informe emitido por Mutual o ACHS o Previsionista de Riesgo	Si/No	100%		Informe realizado
Incorporar programa de emergencia en el CESFAM Lumaco	Confección Programa de Prevención de Riesgos y Plan de Emergencia	Agosto 2016	Comité Higiene y Seguridad	Un Programa de prevención y Plan de Emergencia	Si/No	100%		Dirección debe formar comité y revisar nuevos encargados

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 11 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Manuales y procedimientos técnicos								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS junio 2016
Validación de Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo del CESFAM Lumaco	Confección de Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo del CESFAM Lumaco Con funciones, estructura organizacional de acuerdo a la Ley APS y modificaciones. Porcentaje de asignación de responsabilidad y funciones	Septiembre 2016	Dirección y equipo gestor	Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo del CESFAM Lumaco validado	Si /No	100%		En estado de elaboración

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 12 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ámbito de Trabajo: Limpieza general								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Validación de Manual o Protocolo de Procedimiento de rutina de limpieza general del CESFAM	Confección de Manual o Protocolo de Procedimiento de rutina de limpieza general del CESFAM	Junio 2016	Encargado Aseo	Manual o Protocolo de Procedimiento de rutina de limpieza general del CESFAM institucional	Si /No	100%		Documento revisado por comité. Pendiente modificación por encargado

Ámbito de Trabajo: SOME								
Objetivo General:								
Meta	Actividades	Plazo	Responsable	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Validación Manual con Protocolo Manejo Fichas Clínicas	Confección Manual con Protocolo Manejo Fichas Clínicas	Junio 2016	Encargada de SOME	Manual con Protocolo Manejo Fichas Clínicas institucional	Si /No	100%		Documento revisado por comité. Pendiente modificación por encargado

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 13 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	Obs Junio 2016
Lograr cumplimiento de la característica obligatoria D.P4-1	Revisar convenios docentes existentes en el CESFAM que sean aprobados por Dirección y que cumplan con puntos a) Proteger la seguridad de los pacientes b) Proteger los derechos de los pacientes. c) Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente. Solicitar modificación si se requiere Revisar modificación	Encargada Convenios docente asistencial CESFAM	Agosto 2016	Convenio docente en Dirección	Convenios existentes/ convenios con exigencias requeridas* 100	100%		Decretar encargada de Convenios

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	<p>PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD</p>	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 14 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	Obs Junio 2016
Lograr cumplimiento de la característica obligatoria D.P4-1	Revisar convenios docentes existentes en el CESFAM que sean aprobados por Dirección y que cumplan con puntos a) Proteger la seguridad de los pacientes b) Proteger los derechos de los pacientes. c) Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente. Solicitar modificación si se requiere Revisar modificación	Encargada Convenios docente asistencial CESFAM	Agosto 2016	Convenio docente en Dirección	Convenios existentes/ convenios con exigencias requeridas* 100	100%		Decretar encargada de Convenios

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 15 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Lograr cumplimiento de característica obligatoria CAL1.1	1. Modificar Difundir Política de Calidad del CESFAM 2. Actualizar Decreto de nombramiento de Encargado de Calidad con horas y funciones designadas 3. Revisar Programa Calidad y evaluar cumplimiento semestralmente 4. Emitir informe de resultados de evaluación anual con análisis	Enc. Calidad Enc. Personal Comité de Calidad Comité de calidad	Marzo 2016 Junio 2016 Enero y junio 2016 Febrero 2016	1. Decreto difusión Política 2. Decreto de nombramiento 3. Acta de revisión de programa de calidad 2015 4. Informe de resultados visado por Dirección. *en Dirección	Cantidad de actividades cumplidas/ total de actividades*100	100%		Actv 1 Ok Actv 2 Ok Actv 3 Ok Actv 4 Ok
Lograr cumplimiento de característica obligatoria GCL1.8	1. Validar Protocolos de trazabilidad de PAP y de trazabilidad Biopsias (reg , rotulación, traslado y recep de biopsias) 2. Emitir Decreto con responsables de aplicación 3. Revisar registros de trazabilidad de biopsias	Comité de Calidad Enc Biopsias y PAP	Agosto 2016 Julio 2016 Septiembre 2016	1. Oficio Protocolo Validado (2) 2. Decreto 3. Pautas de supervisión de trazabilidad	Cantidad actividades cumplidas/ total de actividades *100	≥75%		Actv 1 pendiente validación Actv 2 Ok Actv 3 implementándose

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 16 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	Obs Junio 2016
Lograr cumplimiento de característica obligatoria AOC1.1	1.Realizar documento de sistema de alerta en caso de emergencia 2.Validar documento 3.Difundir información documento 4. Evaluar a funcionarios al azar	Enc. Emergencia Comité calidad Comité calidad	Agosto 2016 Septiembre 2016 Octubre 2016	1 y 2 Documento validado en Dirección 3. Oficio de difusión, lista de asistencia a reuniones de difusión 3. Pautas de evaluación	Cantidad actividades cumplidas/ total de actividades *100	≥75%		Se solicitó a Enc implementación sistema de alerta
Lograr cumplimiento de característica obligatoria AOC2.1	1.Modificar Protocolo de derivación de urgencias 2.Validar Protocolo	Enc. SUR Comité de Calidad	Agosto 2016 Septiembre 2016	Protocolo validado en Dirección y SUR	Cantidad actividades cumplidas/ total de actividades *100	100%		Protocolo en modificación

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 17 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	Obs Junio 2016
Lograr cumplimiento de característica obligatoria RH1.1	1. Crear planilla de registro de médicos y cirujanos dentistas permanentes o transitorios (último año) con certificados título y/o registro superintendencia	Enc Personal	Agosto 2016	Planilla realizada Revisión funcionarios al azar	Médico y cirujanos médicos en la planilla/ total médicos y cirujanos médicos que se desempeñan en CESFAM	≥75%		Actualizar planillas

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 18 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Lograr cumplimiento de característica obligatoria RH1.2	1. Crear planilla de registro de enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, técnico de nivel superior o medio de enfermería o certificado de competencia que cumplen funciones permanentes y transitorios (durante el último año) con certificados titulo y/o registro superintendencia	Enc. Personal	Agosto 2016	Planilla realizada Revisión funcionarios al azar	Funcionarios requeridos/ total de funcionarios que se desempeñan *100	100%		Actualizar planillas
Lograr cumplimiento de característica obligatoria REG1.1	1.Modificar Protocolo SOME 2. Validar Protocolo SOME 3. Difundir y supervisar ejecución	Enc. SOME Comité Calidad Enc. SOME	Julio 2016 Agosto 2016 Septiembre 2016	Protocolo validado en Dirección	Actividades realizadas/ actividades planificadas *100	100%		Protocolo en modificación.

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	<p>PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD</p>	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 18 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem II.- Características Obligatorias								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Verificador	Indicador formula	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS 2016
Lograr cumplimiento de característica obligatoria EQ2.1	1.Decretar responsable del mantenimiento preventivo 2.Formular programa de mantenimiento preventivo de equipo crítico 3. Validar programa de mantenimiento 4.Evaluar cumplimiento programa de mantenimiento	Director Responsable mantenimiento Comité Calidad Responsable mantenimiento	Agosto 2016 Septiembre 2016 Octubre 2016 Noviembre 2016	1.Decreto 2 y 3 Programa de mantenimiento validado 4. Registros de mantenimiento *deben estar en Dirección	Cantidad actividades cumplidas/ total de actividades *100	100%		Actividades pendientes

	PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD	Fecha de Emisión: Marzo 2016	
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 19 de 20	
		Código: CAL 1-1	

Ítem III.- Comité Calidad								
Meta	Actividades	Responsable	Plazos	Indicador formula	Verificador	Umbral cumplimiento	Evaluación Cumple: 1 / no cumple:0	OBS Junio 2016
Alcanzar cumplimiento de a lo menos 80% actividades propuestas	1.Difundir formato documentos institucionales 2.Validar Protocolos con observaciones (Cx menor, biopsia, PAP, esterilización, laboratorio, OIRS); doc. Insti. (manual de laboratorio, dental, farmacia, manejo fichas clínicas, funciones y deberes)	Comité calidad	Febrero 2016 Diciembre 2016	Protocolos validados/ protocolos realizados en cesfam*100	1. Oficio difusión 2.Protocolos validados en Dirección	80%		Actv 1 Ok
	3. Capacitar a funcionarios del CESFAM en temáticas de Cal y seguridad (3)	Comité calidad	Diciembre 2016	Capacitaciones realizadas / Capacitaciones planif. *100	3. Listado asistencia a capacitaciones	100%		2 capacitaciones a la fecha
	4. Realizar reuniones del Comité de Calidad 1 vez al mes	Comité calidad	Diciembre 2016	Nº reuniones realizadas/ nº reun. planif *100	4. Acta Comité	80%		Ok
	5.Diseñar implementación características no obligatorias	Comité calidad	Noviembre 2016		Plan de implementación características no obligatorias	100%		

 <p>MUNICIPALIDAD DE LUMACO</p>	<p>PROGRAMA DE TRABAJO COMITÉ CALIDAD Y SEGURIDAD</p>	Fecha de Emisión: Marzo 2016	 <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LUMACO</p>
		Revisión: 1 /Fecha: junio 2016	
		Vigencia: 1 año	
		Página: 19 de 20	
		Código: CAL 1-1	

6. Distribución:

- Dirección del CESFAM Lumaco
- Encargados de Calidad CESFAM Lumaco

7. RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO:

- Encargada de Calidad del CESFAM Lumaco
- Miembros Comité de Calidad

8. Registros asociados:

No contiene

11. Control de Cambios:

No aplica

12. Anexos:

No contiene