



“Plan de corrección CESFAM Y SAR Paipote”

Reacreditación con observaciones

***Matrona María Fernanda Muñoz Ll.
Encargada de calidad CESFAM Paipote, Copiapó***

11 Diciembre 2025



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Red Asistencial Región de Atacama- Copiapó

RED ASISTENCIAL DE ATACAMA

5 Hospitales	17 CESFAM / 2 CES
1 CECOSF	4 SAPU / 2 SAR / 4 SUR
15 Postas de Salud Rural	12 Estaciones Rurales
	3 Bases SAMU

Provincia de Copiapó

- Comuna de Copiapó
- Comuna de Caldera
- Comuna de Tierra Amarilla

Provincia de Chañaral

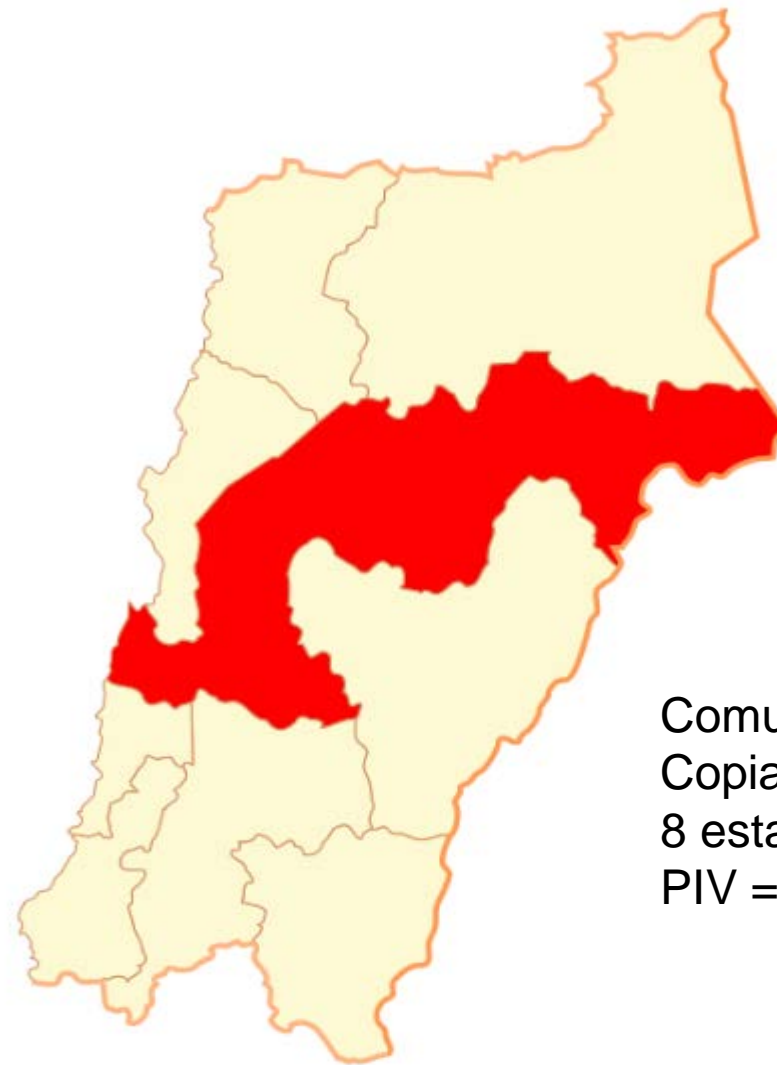
- Comuna de Chañaral
- Comuna de Diego de Almagro

Provincia del Huasco

- Comuna de Vallenar
- Comuna de Alto del Carmen
- Comuna de Freirina
- Comuna de Huasco

319.048

Población



Comuna de
Copiapó
8 establecimientos
PIV = 135.333



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

CESFAM PAIPOTE

PIV:15.491

Cartera de servicios:

Sala IRA- ERA

Sala de estimulación infantil

Salud mental

Atencion de la mujer- Adolescente

Ecografía obstétrica.

Consulta Nutricional

Consulta dental

Sala de Rehabilitacion

Vacunatorio

Botiquin

PNAC

Ronda rural

Dependencia Severa





SAR PAIPOTE



Situado en terreno conlindante y adosado
administrativamente al CESFAM

Total de atenciones:

AÑO	TOTAL DE ATENCIONES	ADULTO	NIÑOS
2024	44.209	28.936	15.273
2025 (NOV)	43.872	29.445	14.427



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

SAR PAIPOTE

- Servicio Atención de urgencia, las 24 hrs de manera continua, 7 días a la semana.
- Servicio de radiología de urgencia y comunal.
- Ambulancia, traslado básico, mediado por SAMU.





14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Proceso de Acreditación



1r. Proceso de Acreditación

R.E. IP 1385 – 14-04-2020



NUESTRA EXPERIENCIA
PROCESO DE RECREADITACION

11 Y 12 SEPTIEMBRE DE 2023, NOS PRESENTAMOS AL SEGUNDO PROCESO DE ACREDITACION,
EVALUACION CON RETROSPECTIVIDAD DESDE AGOSTO 2020 A AGOSTO 2023 (PANDEMIA Y POST
PANDEMIA)



COVID-19





**Cambios de funciones del personal y continuidad de la atención,
disminución de la comunicación diaria entre compañeros y ausencia
de la supervisión.**

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD,
PARA NIÑOS Y NIÑAS EN EL
CONTEXTO DE ALERTA SANITARIA COVID-19

TERCERA VERSIÓN: AGOSTO DE 2020

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES - DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO CICLO VITAL - DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CUIDADOS



INCUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICA
OBLIGATORIA

REGISTROS (REG)

1

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.

REG 1.1

Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
REG-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles REG-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	* Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiá- trica separada.
		Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.*			
		Se constata la existencia de ficha clínica única.			





INCUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICA OBLIGATORIA

En la constatación del registro único, se verificó el uso de registro mixto, que no estaba declarado en nuestro protocolo.

Movimiento de las fichas clínicas de papel para el registro de las atenciones en rondas rurales y visitas de dependencia severa



INCUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICA OBLIGATORIA

Dental	TONS no cuentan con clave
ARCHIVO	Ficha: 18710XXX
	Ficha: 2440xxxx
	Ficha: 3370xxx
	*Descripción de hallazgos: Se constata en el archivo del CESFAM de pacientes vigentes que cuentan con información clínica en formato papel anterior a la implementación del registro electrónico y que no se encuentra contenida en el registro clínico electrónico, por lo que verifica la existencia de fichas en 2 formatos, papel y electrónico en uso por el equipo clínico del CESFAM.
	Se verifican pacientes de Ronda que cuentan con registro, por ejemplo, el RUN 3370xxx cuenta con atención médica el 27 de nov del 2021 y al verificar en ficha electrónica no se constata dicha atención transcrita en formato electrónico ni ningún registro de atención ese día.
*Descripción de hallazgos: Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos. Los profesionales sólo describe acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato. Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico. Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que, si bien, los profesionales responden y se constata el acceso a ficha electrónica según lo descrito en documento, desconocen que el formato en papel sea parte de la ficha de los usuarios del CESFAM. Además de que se constata que en CESFAM Paipote la ficha clínica no es única, constatándose registros de pacientes en formato papel que no están incorporados en ficha electrónica. Esta entidad no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del	



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Proceso de Acreditación



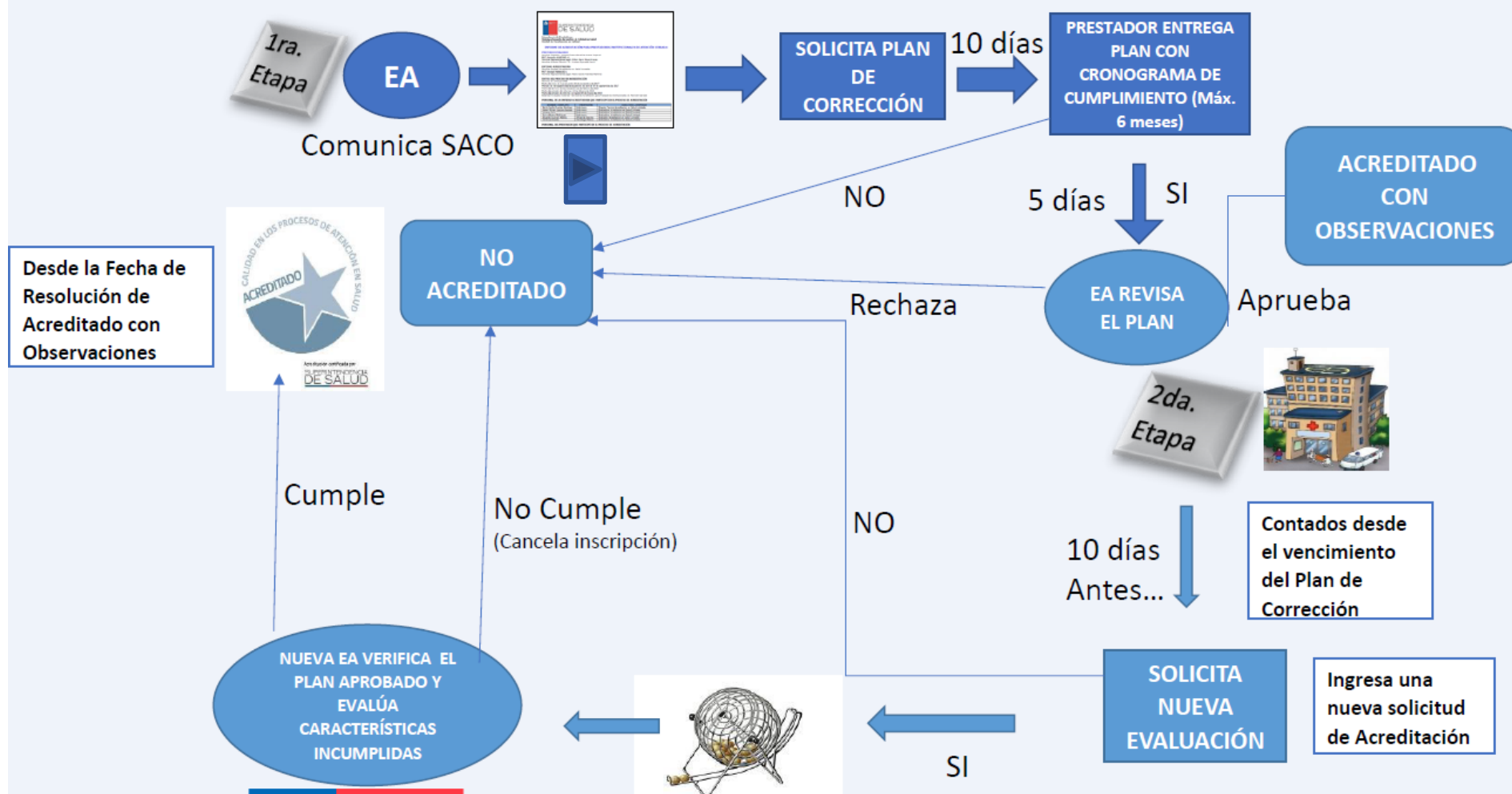
Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

07.06.2024 - R.E IP 3815 –

Reacreditación con observaciones.



Acreditado con Observaciones





14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

RESULTADO DEL PROCESO

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1361

SANTIAGO, 22 FEB. 2024

RESOLUCIÓN:

- 1° **DECLÁRASE** que el prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**", en razón del informe presentado por la Entidad Acreditadora "QH SpA", se encuentra **en situación de ser acreditado con observaciones**, por lo que, de acuerdo a la normativa vigente, debe acompañar un **plan de corrección** y un **cronograma** de cumplimiento a la Entidad Acreditadora, en **un plazo de 10 días hábiles**, contado desde la notificación de la presente Resolución.
- 2° **NOTIFÍQUESE**, la presente Resolución al Representante Legal del prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**" y al Representante Legal de la Entidad Acreditadora "QH SpA".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE


CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD



Metodología de los 5 ¿Por qué?

- Es una herramienta de análisis que consiste en la realización de preguntas que exploran la causa- efecto de un suceso o un problema en particular, y así descubrir la raíz del problema. *Sakichi Toyoda*
- “Al repetir porqué cinco veces, la naturaleza del problema y su solución se vuelven claras”.



Metodología de los 5 por qué, en Paipote

En cuanto a la problemática que emerge se coordina la generación de un grupo de expertos que permita obtener la mayor información del caso, para esto se incluye a:

- Subdirectora Técnica CESFAM Paipote
- Encargada de Calidad CESFAM Paipote
- Encargada de Calidad DASM Copiapó
- Encargada de Calidad y Seguridad de la Atención APS del Servicio de Salud Atacama
- Asesora técnica externa



Problema:

Falta de incorporación en el documento institucional REG 1.1 el archivo de fichas clínicas en papel, su uso en rondas y visitas a pacientes con dependencia severa y su vinculación a la ficha clínica electrónica.



1.- ¿Por qué no se incorporó en el documento institucional REG 1.1 del CESFAM Paipote el registro de las atenciones en la ronda rural y en las visitas domiciliarias de los pacientes con dependencia severa?.

- Porque el archivo de fichas en papel debería ser pasivo y sólo se consignarían las atenciones de las/os usuarios en la ficha clínica electrónica (la ficha en papel sería de consulta de antecedentes o cuando lo solicitara el paciente o por orden judicial). Sin embargo, se llevaban a las rondas y a las visitas de pacientes con dependencia severa, para consulta, lo que generó la confianza en los profesionales médicos en realizar en ellas el registro de la atención.



2.-¿Por qué se consignaron las atenciones en las fichas clínicas en papel?

- Porque los médicos que realizaban la ronda rural y los encargados de dependencia severa, usaron las fichas clínicas de papel para dejar registro de las atenciones además las supervisiones a los funcionarios y monitorización de los procesos fueron escasas, lo que no permitió determinar el error en el que estaban incurriendo.



3.- ¿Por qué no se utiliza registro digital en visita domiciliarias en pacientes con dependencia severa ni en rondas?

- Porque como CESFAM no contábamos con dispositivo que pueda ejercer señal de Internet de manera móvil, por lo que acceder a la ficha clínica electrónica se tornaba imposible, y en rondas es más difícil porque estas son en lugares rurales alejados, lo que dificulta el uso de dispositivos digitales y con mayor razón emisoras de Internet



4.- ¿Por qué no se priorizan la monitorización de los procesos?

- Desde el año 2020 hasta agosto del 2023, a nivel Nacional estábamos en alerta sanitaria por pandemia relacionada con SAR COV- 2, lo que influyó en la priorización de la monitorización de otros protocolos y actividades, relacionados directamente con dicha alerta y lineamientos enviados por la autoridad sanitaria. Además se realizaron cambios de funciones del personal de salud del establecimiento, división de áreas y atenciones por turnos, lo que provocó sobrecarga laboral y pérdida de la continuidad de la atención.



5.-¿Por qué no existe monitorización del movimiento de las fichas clínicas de papel (registro pasivo)?

- Porque al realizar la inducción quedaba implícito que las fichas clínicas electrónicas era el único registro válido para todas las atenciones, por lo tanto no debería realizarse el registro en ficha de papel en lugares alejados o donde no se tiene acceso a Internet o dispositivos digitales. (rondas y/o visitas domiciliarias).



Metodología de los 5 por qué, en Paipote

SOLUCIÓN:

- ✓- Realizar una actualización del protocolo REG 1.1 de ficha clínica electrónica, explicitando el registro en la misma, en casos de atenciones en ronda rural y visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.
- ✓- Difusión de la actualización de protocolo REG 1.1. al equipo en reunión ampliada y/o reunión de sector.
- ✓- Establecer por ordenamiento local que las fichas clínicas de papel serán solo de uso pasivo, y su revisión de antecedentes será en caso necesario solicitado por profesional, si lo solicita el usuario bien, por ordenamiento judicial.
- ✓- Realizar la monitorización correspondiente al protocolo y supervisar el correcto registro y uso de la ficha clínica electrónica.

El diagrama de flujo describe el proceso de acreditación de la ASAC, dividido en dos etapas:

- 1ra. Etapa:** Comienza con la comunicación del SACO a la EA. La EA solicita un plan de corrección, el cual debe entregarse con un cronograma de cumplimiento en un máximo de 6 meses. Si el plan es aprobado, se procede a la segunda etapa. Si no, se rechaza y se solicita una nueva evaluación.
- 2da. Etapa:** La EA revisa el plan. Si aprueba, se acredita con observaciones. Si rechaza, se solicita una nueva evaluación. Si se solicita una nueva evaluación, se ingresa una nueva solicitud de acreditación y se cuenta el tiempo desde el vencimiento del plan de corrección.

El proceso concluye con la acreditación o la cancelación de la inscripción si no cumple.

Desde la Fecha de
Resolución de
Acreditado con
Observaciones

Cumple

No Cumple
(Cancela inscripción)

**NUEVA EA VERIFICA EL
PLAN APROBADO Y
EVALÚA
CARACTERÍSTICAS
INCUMPLIDAS**

S



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Plan de Corrección

Formato del Plan de Corrección



ANEXO N°1 PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador institucional: CENTRO SALUD FAMILIAR PAIPOTE
- Representante legal: Marcos López Rivera
- Directora Subrogante: Lorena Ossandon Trujillo.
- Correo electrónico representante legal: copiapoveintedoce@gmail.com
- Correo electrónico director (a): directorcesfampaipote@gmail.com
- Correo electrónico encargada (o) de calidad: calidadcesfampaipote@gmail.com

II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- Entidad acreditadora (EA): QH SpA
- Estándar de acreditación evaluado: Atención Abierta
- Fecha de evaluación de acreditación: 11 y 12 de Septiembre de 2023
- Fecha informe de acreditación: 05-02-2024
- % de cumplimiento general: 91%
- % de cumplimiento características obligatorias: 90%
- N° características obligatorias incumplidas: 1
- Fecha RF-IP que notifica resultado: 22-02-2024
- Fecha notificación RF-IP con resultado: 22-02-2024
- Fecha elaboración del PC: 26-02-2024
- Fecha envío PC a EA: 07-03-2024

1.- Antecedentes del Prestador

2.- Antecedentes generales del proceso de acreditación



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

Formato del Plan de Corrección

PLAN DE CORRECCIÓN

1. Característica y elementos medibles incumplidos
REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.
1er elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.
2do elemento medible: Se constata la existencia de ficha clínica única.
2. Fundamentos del (los) incumplimiento(s)
La Entidad Acreditadora registra en el Informe de acreditación, lo siguiente: OBSERVACIONES: El prestador declara en documento institucional que cuenta con sólo ficha clínica electrónica, sin embargo al constatar en terreno, se puede evidenciar que el CESFAM cuenta con una sala de archivo de fichas en formato papel, por lo que existen pacientes que cuenta con registros clínicos en formato papel que no se encuentran integrados digitalmente en la ficha electrónica, por lo que el CESFAM Paipote cuenta con ficha clínica en ambos formatos tanto electrónico como papel, lo cual no se encuentra descrito en su documento. Además en su documento no describe acceso a ficha papel ni vinculación de ambos formatos de ficha. Los registros constatados corresponden a fichas de papel de los usuarios anteriores al uso de ficha electrónica, por ejemplo se cuenta con fichas de personas en dependencia severa con registros activos de parte del equipo de salud. Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que el CESFAM no cuenta con ficha clínica única, y no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente anterior al uso de la ficha electrónica, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones. DESCRIPCION DE HALLAZGOS : Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos. Los profesionales sólo describe acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato. Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico.

1.- Característica y elementos medibles incumplidos

2.- Fundamento de los incumplimientos.



Formato del Plan de Corrección

3.- Causas y factores que contribuyen al incumplimiento

ficha electrónica, por ejemplo se cuenta con fichas de personas en dependencia severa con registros activos de parte del equipo de salud.

Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que el CESFAM no cuenta con ficha clínica única, y no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente anterior al uso de la ficha electrónica, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones.

DESCRIPCION DE HALLAZGOS : Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos.

Los profesionales sólo describe acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato.

Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico.

Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que, si bien, los profesionales responden y se constata el acceso a ficha electrónica según lo descrito en documento, desconocen que el formato en papel sea parte de la ficha de los usuarios del CESFAM.

Además de que se constata que en CESFAM Paipote la ficha clínica no es única, constatándose registros de pacientes en formato papel que no están incorporados en ficha electrónica.

Esta entidad no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente desde su ingreso al CESFAM, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones.

3. Causa(s) y factor (es) contribuyentes del incumplimiento

Causa del incumplimiento: Omisión en el protocolo REG 1.1, aprobado con R.E. N° 16 del año 2022 versión 2.0, que establece que desde el año 2010, que la ficha clínica electrónica, es la única plataforma en la que se consignaran los datos de las atenciones de los pacientes, debiendo registrarse incluso las atenciones que se realicen en las rondas rurales y a los pacientes de Dependencia Severa (atención domiciliaria), y no se deberá registrar ninguna atención en las fichas clínicas de papel (archivo pasivo), lo que conllevó a un registro paralelo de fichas clínicas durante los años 2020 y 2021, correspondiente a las atenciones descritas anteriormente.

Factores contribuyentes:



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

Formato del Plan de Corrección

4.-Actividad de analisis

5.- Acciones correctivas

<p>➤ Brindar acceso a las fichas de papel (registro pasivo) a los médicos que realizaban rondas rurales los años 2020 y 2021 y a la encargada de Dependencia Severa y permitir que consignaran las atenciones en las fichas en papel y no en la ficha clínica electrónica u omitir el correcto traspaso de dichas atenciones.</p> <p>➤ Escasa supervisión a las actividades de registro de los médicos y otros profesionales.</p> <p>➤ Insuficiente resguardo del registro pasivo de fichas clínicas en papel.</p>
<p>4. Actividad(es) de análisis</p> <p>Análisis posterior al Proceso de evaluación en terreno:</p> <p>Posterior a la evaluación en terreno por parte de la Entidad Acreditadora, se realizó reunión con los funcionarios del CESFAM con el fin de identificar brechas para el trabajo posterior en materias de calidad y la mejora continua. Desde esta reunión emergen problemáticas y dudas en dos características de la pauta de cotejo, REG 1.1 y REG 1.4. Como decisión de equipo se decide priorizar la característica REG 1.1, debido a su carácter obligatorio, por lo anterior se toman las siguientes decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Con la finalidad de mantener la integridad de los registros, su confidencialidad por el tiempo establecido en la regulación (Decreto 41, artículo 11), sólo tendrán acceso a las fichas clínicas en papel, si un profesional requiriese antecedentes de la enfermedad del paciente, cuando lo solicite el usuario/a o si lo requiriesen por orden judicial (lo cual está descrito en el documento correspondiente al REG 1.4).✓ No se podrá consignar ninguna atención, ni observación en las fichas en papel a partir del año 2022.✓ Las encargadas de Dependencia Severa, que realizan atención domiciliaria, deben registrar en la ficha clínica electrónica, al retorno de las visitas domiciliarias, la atención realizada. <p>Análisis posterior al informe de Acreditación:</p> <p>Una vez obtenidos los resultados del proceso de acreditación e identificadas la característica obligatoria que no se cumple (REG 1.1), se realiza reunión entre Directora (s) del CESFAM, Encargada de Calidad, encargada de Calidad de la Dirección de Salud Municipal, encargada de Calidad del Servicio de Salud. Se aplica técnica de "los 5 por qué" de Sakichi Toyoda, para identificar causas asociadas al incumplimiento (Se adjunta acta y listado de asistencia).</p> <p>Se realiza revisión de las fichas clínicas de papel de usuarios de ronda del sector La Puerta y de usuarios de dependencia severa, en donde se utilizaron las fichas clínicas de papel (registro pasivo), con la finalidad de tener conocimiento de las atenciones que no fueron registradas en la ficha clínica electrónica.</p> <p>Se realiza documento interno que indica que desde el año 2022 no se realiza movimientos de ficha clínica de papel, quedando estas solo como archivo pasivo y su uso será para revisión de antecedentes según requerimiento profesional, por solicitud ciudadana del propio usuario o bien por solicitud del poder judicial, con previa autorización de dirección del Centro, quedando a resguardo según el decreto 41 artículo 11.</p> <p>Se da a conocer este documento interno a los funcionarios del Centro de Salud Familiar Paipote.</p>
<p>5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar</p> <p>La implementación de estas actividades se realizarán para rectificar el incumplimiento de esta característica y evitar errores futuros.</p> <p>1. Se realizará el cambio del protocolo REG 1.1. edición 2 en donde se explicará el uso de la ficha clínica electrónica en el caso de atenciones de salud en ronda rural y en visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.</p>



Formato del Plan de Corrección

6.- Responsables

7.- Plazos de implementacion

2. Se difundirá el protocolo en reuniones con los diferentes sectores del CESFAM.
3. Implementación del nuevo protocolo a partir de marzo del presente año.
4. Se realizará monitorización sobre el conocimiento del nuevo protocolo.
5. Se realiza documento aclaratorio en donde se explica que en el año 2020 y 2021 se realizó movimiento de las fichas clínicas de papel de pacientes con dependencia severa y ronda rural.

6. Responsable (s)

Directora CESFAM; subdirectora técnica; Encargada de Calidad.

7. Plazo (s) de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se considerará un plazo de 10 días hábiles desde la fecha de aprobación de este plan de corrección por parte de la entidad acreditadora para iniciar a realizar las medidas correctivas.

Teniendo 10 días hábiles para la elaboración y aprobación del protocolo; 10 días hábiles más para la difusión y orientación del protocolo; una vez realizados ambos procesos se dará la puesta en marcha del protocolo.

El elemento medible será autoevaluado mensualmente en los próximos 4 meses. Esta autoevaluación que consistirá en la constatación en terreno de conocimiento acerca del protocolo REG 1.1, y en constatación de fichas clínicas; para valorar las acciones implementadas y la aplicación eventual de medidas adicionales. Se registrarán resultados y conclusiones en un informe final del Plan de Corrección.



Formato del Plan de Corrección

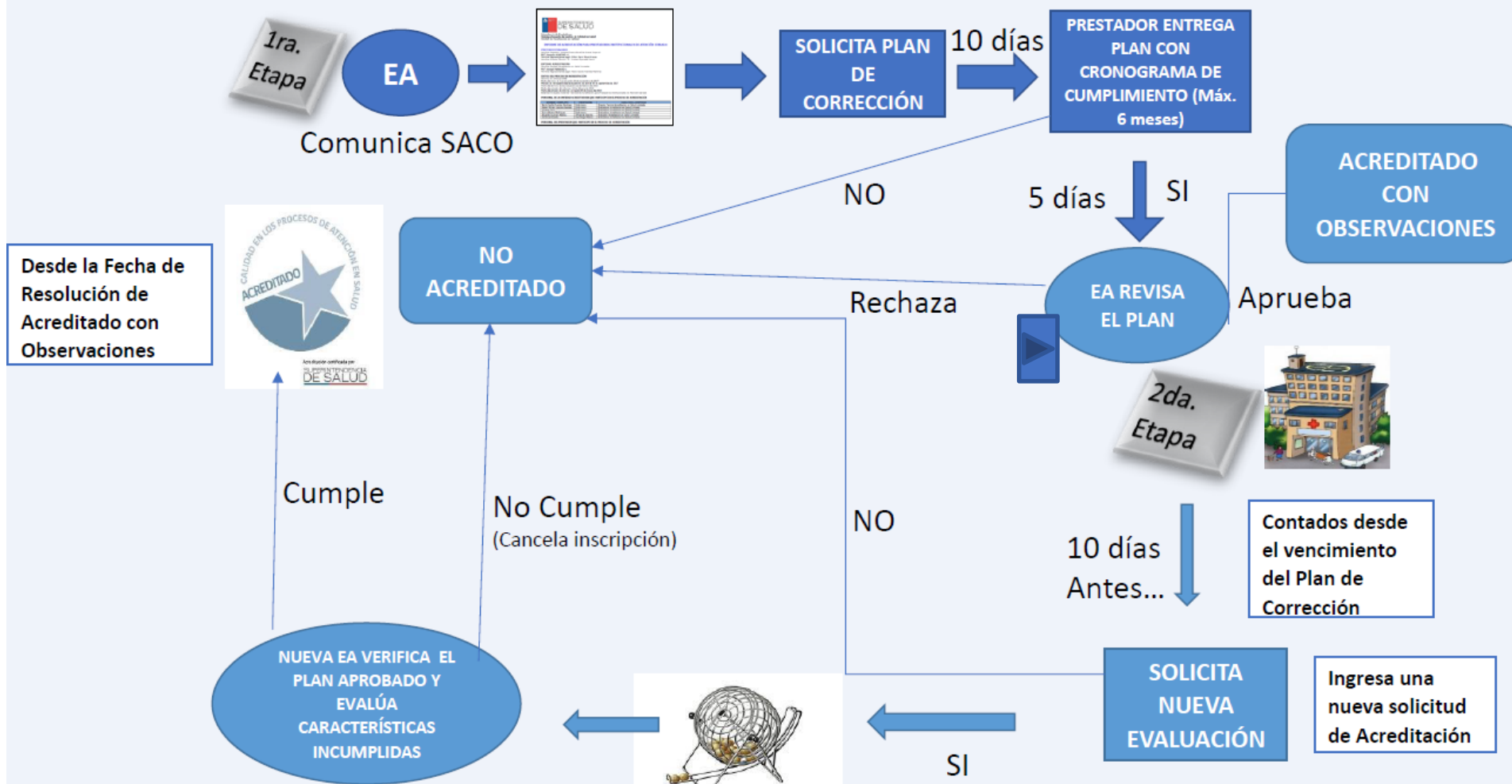


CRONOGRAMA PARA EL PLAN DE CORRECCIÓN

Característica y EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
REG 1.1 1° EM	1. Actualización del Protocolo REG 1.1	1. Encargada de Calidad.	1. 10 días hábiles desde la aprobación del Plan de Corrección.
	2. Difusión del Protocolo REG 1.1	2. Encargada de Calidad.	2. 10 días hábiles después de la actualización del Protocolo REG 1.1
	3. Reorganización de las Fichas clínicas de papel, que están almacenadas	3. Encargada de Calidad y TENS de apoyo de Calidad	3. Desde la aprobación del Plan de Corrección.
	5. Autoevaluación en Terreno de la característica REG 1.1	4. Directora CESFAM; Subdirectora técnica CESFAM; Encargada de Calidad	4. Mensualmente a partir del primer mes posterior a la aprobación del plan de corrección.
	6. Informe Final Plan de Corrección	5. Encargada de Calidad; Subdirectora técnica CESFAM	5. Plazo máximo terminado el Sexto mes posterior a la fecha de aprobación del plan de corrección.



Acreditado con Observaciones






14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Plan de corrección

Acciones para dar cumplimiento del cronograma



MEMORANDUM N° 001/2024

Copiapó, 28 de Febrero de 2024


DE: NT. LORENA OSSANDON TRUJILLO.
DIRECTORA(S) CESFAM PAIPOTE


REF: LA INDICADA.


Se le informa al personal de salud que a partir del año 2022 no debiera existir registro de ninguna atención de salud en CESFAM, ronda médica o visita domiciliar en las fichas clínicas de papel; solamente se requerirá antecedentes de archivos pasivos para:

- Información para antecedentes por algún profesional.
- Solicitud ciudadana del mismo usuario.
- Solicitud de poder judicial.

Y en caso de requerimiento, este debe ser autorizado por director del CESFAM o quien se encuentre subrogando, dejando registro de ello.




Daniela Contreras F.
Icarus Akredita
08 MAY 2025


NTT. LORENA OSSANDON TRUJILLO
DIRECTORA(S) CESFAM PAIPOTE

• Archivo



- **MEMORANDUM INTERNO:** que establece que las fichas clínicas de papel son archivos pasivos, y que su movimiento será solo con la necesidad de conocer antecedentes, sin dejar registro en ella, o bien si es solicitada por el usuario o por el poder judicial



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

Plan de corrección- Cronograma

1.- Cambio del Protocolo

	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente UCSP Registro	Código: REG - 1.1	
		Edición: 3	
		Fecha: 10-06-2024	
		Páginas: 1 de 29	
		Vigencia: junio 2029	
PROTOCOLO DE FICHA CLÍNICA CESFAM PAIPOTE			

PROTOCOLO DE FICHA CLÍNICA UNICA ELECTRÓNICA CON SOPORTE MIXTO, CESFAM Y SAR PAIPOTE

El protocolo anterior, establecía el uso de una ficha clínica única, por uno que indica el uso de soporte mixto.

Documento Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
- Mat. María Fernanda Muñoz LL. Encargada de Calidad. CESFAM Paipote	Nta Lorena Ossandon Trujillo Directora Subrogante CESFAM Paipote	Nta. Lorena Ossandon Trujillo Director subrogante CESFAM Paipote
Fecha elaboración	Fecha revisión	Fecha aprobación
10-06-2024	19-06-2024	21-06-2024
Distribución: <ul style="list-style-type: none">Dirección del CESFAM Paipote.		



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Plan de corrección- Cronograma

2.- Difusión de nuevo Protocolo

Luego de realizar los cambios pertinentes al protocolo, se difunde al equipo, por diferentes medios; dejando evidencia de cada una de estas

1.. Reuniones Ampliadas



PROTOCOLO REG 1.1

REGISTROS FICHA CLINICA

05-07-2024



ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE

FECHA: 05-07-24

MOTIVO DE LA REUNIÓN: Revisión protocolo Reg 1.1

ACUERDOS:

- Validar conocimiento sobre protocolo
- Validar de conocimiento

OBSERVACIONES:

NOMBRE	RUT	FIRMA
Luciana González Poma	10.007.240-9	[Firma]
María José López	15.869.711-8	[Firma]
Sandra Soto L. Cort	12.918.787-2	[Firma]
Diana Flores Truente	5.870.762-9	[Firma]



ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE

FECHA: 05-07-24

MOTIVO DE LA REUNIÓN: Difusión nuevo protocolo Reg 1.1

ACUERDOS:

- Registro electrónico desde 2022.
- Registro híbrido entre 2010 y 2022.
- Registro en ficha clínica de papel (física) hasta 2010

OBSERVACIONES:



ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE

FECHA: 05-07-24

MOTIVO DE LA REUNIÓN: Revisión protocolo Reg 1.1

ACUERDOS:

- Validar conocimiento sobre protocolo
- Validar de conocimiento

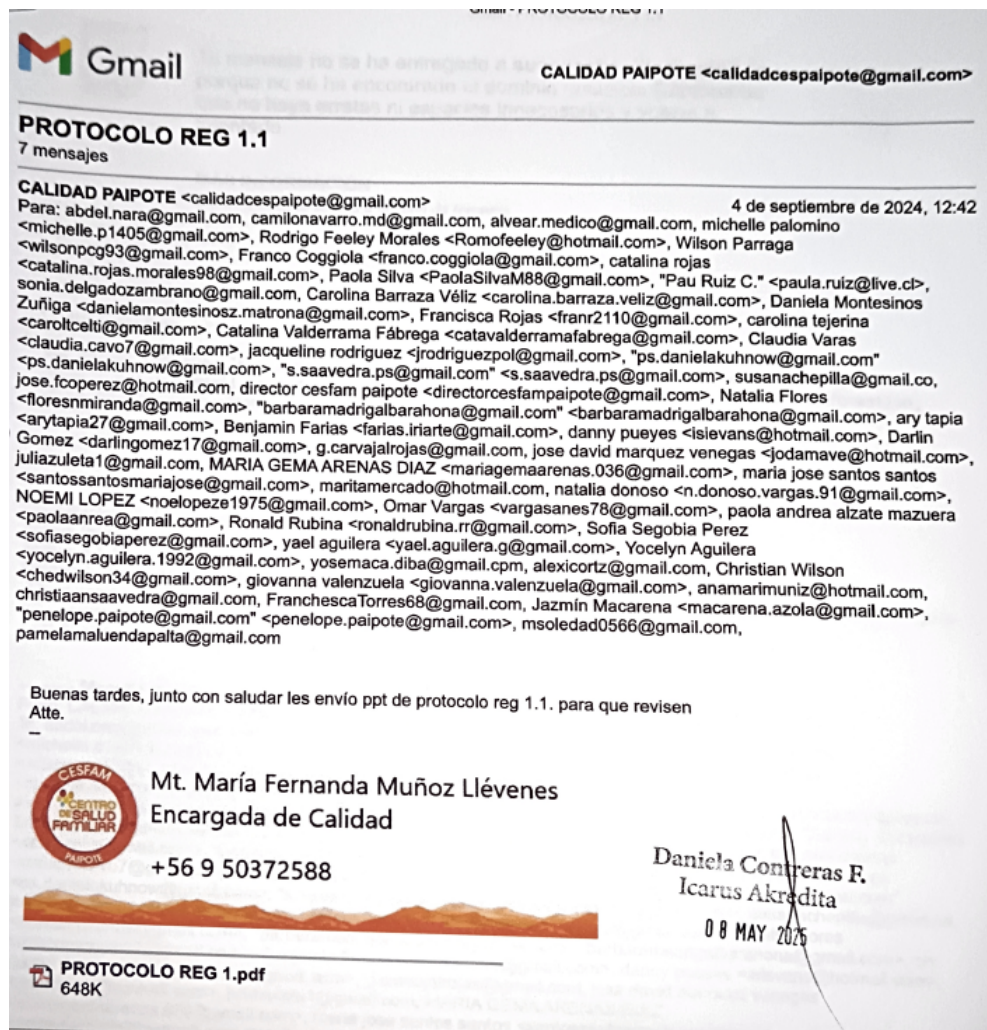
OBSERVACIONES:

NOMBRE	RUT	FIRMA
Luciana González Poma	10.007.240-9	[Firma]
Lidia Barrios D.	9.006.002-9	[Firma]
Yolanda Jara Arana	12.012.51-8	[Firma]



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

2.- Difusión de nuevo Protocolo- Vía mail







2.- Difusión del Protocolo- Infografía

NO OLVIDAR

- La ficha clínica del CESFAM, es **electrónica**.
- El acceso del funcionario es con su **RUT y clave** única e intransferible.
- El acceso a la ficha clínica del usuario a través de su **RUT**.
- Si es extranjero y no tiene RUT se **gestiona rut provisorio (dura un año)**, por medio de Atención con asistente social.
- Si se corta la luz, se activa **generador** (aprox 6 hrs de uso continuo)
- Si no hay a acceso a Internet y/o luz el registro se **realiza en papel, qué luego se traspasa y se elimina.**
- El registro en VDI de dependencia severa es en notebook y en ronda es en bitácora.

**SOLO TENEMOS
REGISTRO ELECTRONICO**

Daniela Contreras F.
Icarus Akredita
08 MAY 2025



3.- Reorganización de las Fichas Clínicas

Las Fichas clínicas de papel fueron revisadas nuevamente, verificando que su movimiento fue solo hasta diciembre 2021, y que desde 2022 o se registro en ellas, y las que estaban apartadas que se usaron en visitas de dependencia severa y en las rondas se archivaron junto con el resto, por orden correlativo del RUT



Una vez al mes, se realizó entrevista al equipo de manera aleatoria, sobre los puntos del nuevo protocolo, experiencia que también sirvió de entrenamiento para la constatación en terreno.

	FECHA		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443	2444	2445	2446	2447	2448	2449	2450	2451	2452	2453	2454	2455	2456	2457	2458	2459	2460	2461	2462	2463	2464	2465	2466	2467	2468	2469	2470	2471	2472	2473	2474	2475	2476	2477	2478	2479	2480	2481	2482	2483	2484	2485	2486	2487	2488	2489	2490	2491	2492	2493	2494	2495	2496	2497	2498	2499	2500	2501	2502	2503	2504	2505	2506	2507	2508	2509	2510	2511	2512	2513	2514	2515	2516	2517	2518	2519	2520	2521	2522	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583	2584	2585	2586	2587	2588	2589	2590	2591	2592	2593	2594	2595	2596	2597	2598	2599	2600	2601	2602	2603	2604	2605	2606	2607	2608	2609	2610	2611	2612	2613	2614	2615	2616	2617	2618	2619	2620	2621	2622	2623	2624	2625	2626	2627	2628	2629	2630	2631	2632	2633	2634	2635	2636	2637	2638	2639	2640	2641	2642	2643	2644	2645	2646	2647	2648	2649	2650	2651	2652	2653	2654	2655	2656	2657	2658	2659	2660	2661	2662	2663	2664	2665	2666	2667	2668	2669	2670	2671	2672	2673	2674	2675	2676	2677	2678	2679	2680	2681	2682	2683	2684	2685	2686	2687	2688	2689	2690	2691	2692	2693	2694	2695	2696	2697	2698	2699	2700	2701	2702	2703	2704	2705	2706	2707	2708	2709	2710	2711	2712	2713	2714	2715	2716	2717	2718	2719	2720	2721	2722	2723	2724	2725	2726	2727	2728	2729	2730	2731	2732	2733	2734	2735	2736	2737	2738	2739	2740	2741	2742	2743	2744	2745	2746	2747	2748	2749	2750	2751	2752	2753	2754	2755	2756	2757	2758	2759	2760	2761	2762	2763	2764	2765	2766	2767	2768	2769	2770	2771	2772	2773	2774	2775	2776	2777	2778	2779	2780	2781	2782	2783	2784	2785	2786	2787	2788	2789	2790	2791	2792	2793	2794	2795	2796	2797	2798	2799	2800	2801	2802	2803	2804	2805	2806	2807	2808	2809	2810	2811	2812	2813	2814	2815	2816	2817	2818	2819	2820	2821	2822	2823	2824	2825	2826	2827	2828	2829	2830	2831	2832	2833	2834	2835	2836	2837	2838	2839	2840	2841	2842	2843	2844	2845	2846	2847	2848	2849	2850	2851	2852	2853	2854	2855	2856	2857	2858	2859	2860	2861	2862	2863	2864	2865	2866	2867	2868	2869	2870	2871	2872	2873	2874	2875	2876	2877	2878	2879	2880	2881	2882	2883	2884	2885	2886	2887	2888	2889	2890	2891	2892	2893	2894	2895	2896	2897	2898	2899	2900	2901	2902	2903	2904	2905	2906	2907	2908	2909	2910	2911	2912	2913	2914	2915	2916	2917	2918	2919	2920	2921	2922	2923	2924	2925	2926	2927	2928	2929	2930	2931	2932	2933	2934	2935	2936	2937	2938	2939	2940	2941	2942	2943	2944	2945	2946	2947	2948	2949	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969	2970	2971	2972	2973	2974	2975	2976	2977	2978	2979	2980	2981	2982	2983	2984	2985	2986	2987	2988	2989	2990	2991	2992	2993	2994	2995	2996	2997	2998	2999	3000
--	-------	--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

[illegible]

Daniela Contreras F.
Icarus Alredita
08 MAY 2025



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

5.- Informe de Plan de Corrección- Autoevaluación

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
--	---	--

INFORME FINAL PLAN DE CORRECCION CESFAM PAIPOTE



Ámbito REG 1.1
Característica: 1
Elemento medible: 2
Fecha: 02-12-2024

Daniela Contreras F.
Icarus Alameda
08 MAY 2025

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
--	---	--

Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el Plan de corrección	Medios de verificación documento(s) / fecha	Análisis de la actividad	Cumple (Si/No)
1	Realizar cambio de Protocolo REG 1.1	- Protocolo REG 1.1 edición 3.	A causa de la notificación desde la Intendencia de prestadores de acreditado con observaciones por el no cumplimiento de característica obligatoria REG 1.1, se realiza un cambio del protocolo, en donde se especifica la transición de las fichas clínicas de papel al registro electrónico, estableciendo que el periodo de transición del registro de ficha clínica de papel al electrónico fue desde el 2010 al 2022 teniendo un registro mixto y luego desde el 2022 a la fecha nuestro registro es electrónico con soporte mixto.	Si
2	Difusión del Protocolo REG 1.1, edición 3 a los funcionarios.	- Difusión de Memorandum de notificación del no movimiento de las fichas clínicas de papel, las condiciones para ello y requerimientos para realizar, (acta de recepción de información) - Actas de reuniones en donde se difunde el protocolo por medio de presentación a los funcionarios. - Difusión de dicha presentación via correo electrónico.	Se realiza memorándum en donde se deja constancia que las fichas clínicas de papel se mantienen en sector de archivos y que su movimiento está prohibido con excepciones, y como poder solicitarlas en estos casos. - Luego de realizar el plan de corrección, se realiza 4 reuniones para la difusión de la nueva edición del protocolo y así poder tener mayor representatividad de los funcionarios - El 4 de septiembre se difunde a todos los funcionarios la presentación en power point por medio de correo electrónico, que se realizó para la reunión de la difusión del protocolo.	Si

Daniela Contreras F.
Icarus Alameda
08 MAY 2025



		Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote			
			- Recordatorio de la actualización, tipo infografía del protocolo que se envía via mensajería instantánea periódicamente.	- Se realiza, un recordatorio, tipo infografía, en formato jpg para poder difundir pur los importantes de la actualización del protocolo, el cual se envía periódicamente mediante mensajería instantánea al grupo mensajería instantánea (Whatsapp) en donde están todos los funcionarios del CESFAM.	
3	Reorganización de las Fichas Clínicas de papel, que están almacenadas.		- Desde julio 2024, se ha ido reorganizando las fichas clínicas de papel, constatando la ausencia de movimiento de estas desde el año 2022, en donde solo pasaron a ser archivos pasivos, además de la separación de usuarios fallecidos	A la fecha del cierre del Plan de corrección, no se ha terminado con el total de revisión de fichas clínicas de papel, por lo que se espera terminar con la revisión total de las fichas restantes a fines de enero 2025	Si
4	Autoevaluación en terreno de la característica REG 1.1		- Pauta de supervisión que se realiza mediante encuesta a los funcionarios una vez al mes desde la aprobación del plan de corrección.	Desde julio, la primera semana se ha realizado entrevista a los funcionarios, según la pauta de supervisión establecida para dicho fin, en donde se constata el conocimiento de los funcionarios de la actualización del plan de corrección	Si
5	Informe Final Plan de corrección		- Realización de este informe entre la ultima semana de noviembre y la primera semana de diciembre	Siendo dos de diciembre, se da fin al informe del plan de corrección	si

Daniela Contreras F.
Icarus Alameda
08 MAY 2025



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

5.- Informe de Plan de Corrección- Autoevaluación

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
---	---	---

Análisis de cumplimiento del plan:



Para cumplir con las actividades definidas para subsanar el incumplimiento notificado desde la Intendencia de Prestadores bajo Resolución Exenta IP N° 3815 del 07 de junio de 2024 de acreditado con observaciones debido al no cumplimiento de característica obligatoria REG 1.1, se realiza una reunión con equipo de calidad de CESFAM Paipote (directora, subdirectora y encargada de calidad) junto a las asesoras de Dirección Municipal y del Servicio de Salud, realizando un análisis del resultado del proceso de recreaditaci3n y así poder establecer los factores que contribuyeron a ello y evaluaci3n de las medidas que se adoptarán para que la evaluaci3n de la característica obligatoria REG 1.1 carezca de sucesos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las actividades relacionadas con el cumplimiento de la característica REG 1.1 , para lo que se realiza el plan de correcci3n y se confecciona un memorándum que establece explícitamente que el movimiento de las fichas clínicas de papel queda estrictamente restringido, que su movimiento será con previa autorizaci3n de direcci3n, en caso de que algú n profesional requiera evaluar algú n antecedente, por solicitud ciudadana del mismo usuario y/o por poder judicial, siendo este difundido a todo el personal del CESFAM Paipote.

Luego de la aprobaci3n de este, en junio, se comienza con las actividades programadas, como la actualizaci3n y difusi3n del protocolo REG 1.1. estableciendo claramente la transici3n de ficha clí nica de papel al registro electr3nico.

Paralelamente la TENS de apoyo al programa de calidad, comienza a reorganizar las fichas clí nicas de papel, resguardando las de usuarios que han fallecido.

Se confeccion3 una pauta de supervisi3n la que se aplic3 a los funcionarios la primera semana de cada mes, desde julio hasta el momento de presentarnos al proceso de evaluaci3n de la recreaditaci3n.

Al constatar que todas nuestras actividades programadas fueron cumplidas segú n lo estimado, tenemos un 100% de cumplimiento del Plan de correcci3n

	Informe de evaluaci3n final del Plan de correcci3n CESFAM Paipote	
---	---	---

4. ANÁLISIS GENERAL:

Actividades	Actividades cumplidas	Actividades programadas	% de cumplimiento	Cumple Si / No
Actualizaci3n del protocolo REG 1.1.	1	1	100%	Si
Difusi3n del protocolo REG 1.1.	3	3	100%	Si
Reorganizaci3n de las fichas clí nicas	1	1	100%	Si
Autoevaluaci3n en terreno de la característica REG 1.1	6	6	100%	Si
Total	11	11	100%	Si

Daniela Contreras F.
Icarus Acreditaci3n
08 MAY 2025

Daniela Contreras F.
Icarus Acreditaci3n
08 MAY 2025



Solicitud de Evaluación

- **08-05-2025, nos presentamos a la nueva evaluación en donde la EA constata en el centro nuestro Plan de Corrección**
 - Reunión de inicio con Entidad Acreditadora.
 - Presentación del protocolo REG 1.1 y documentos de plan de corrección
 - Revisión de las fichas clínicas en papel
 - Entrevista a funcionarios del CESFAM y SAR
 - Reunión de cierre con Entidad Acreditadora



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad
Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 4616

SANTIAGO, 15 SEP 2025

VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11° y 12°, del Artículo 4°, y en los numerales 1°, 2° y 3°, del Artículo 121; del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°19.880; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N°15/2007; el Decreto Exento N°18, de 2009, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; modificado por el Decreto Exento N°5, de 2019; todos del Ministerio de Salud; en la Circular IP N°40, de 2019, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre los procesos de acreditación en que los prestadores institucionales estén en situación de ser acreditados con observaciones; en la Circular IP N°48, de 2020, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre el formato y elaboración del informe de acreditación; en la Circular Interna IP/N°4, de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; y en la Resolución RA 882/20/2024, de 15 de enero de 2024;
- 2) La solicitud de acreditación N°5.275, de 13 de abril de 2023, mediante la cual don Marcos López Rivera, representante legal del prestador institucional "CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE", ubicado en Avenida Las Delicias S/N, ciudad de Copiapó, Región de Atacama, pide someter a dicho prestador a un segundo procedimiento de acreditación, en función del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El informe de acreditación corregido, de 27 de mayo de 2024, emitido por la entidad acreditadora "QH SpA";
- 4) La resolución Exenta IP/N°3.815, de 7 de junio de 2024, que, fundada en el informe de acreditación recogido en el número anterior, que aprobó el plan de corrección y declaró al "CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE" acreditado con observaciones, ordenando mantener la inscripción de dicho prestador en el Registro Nacional de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados;
- 5) La solicitud de acreditación N°7.542, de 11 de diciembre de 2024, mediante la cual don Magillo Cicardini Neyra, en representación del "CENTRO DE SALUD FAMILIAR

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Plan de corrección

Resolución

7°. Que, de conformidad con las normas legales y reglamentarias que rigen el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, se debe proceder a poner en conocimiento del representante del prestador institucional evaluado el texto del informe emitido en el presente proceso, así como ordenar el término del este procedimiento administrativo y el archivo de sus antecedentes;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

- 1°. **DECLÁRASE** Acreditado al prestador institucional "CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE", en virtud de haber cumplido íntegramente su plan de corrección, por tanto, cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **93% de las características totales**.
- 2°. **MANTÉNGASE** la inscripción que el prestador institucional antes mencionado, ostenta bajo el N°740, en el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados.
- 3°. **MODIFÍQUESE** en lo que corresponda la inscripción antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde que ésta le sea notificada, incorporando en ella los datos relativos al período de vigencia de la nueva acreditación que se declara en el numeral 5° siguiente y una copia de este documento, todo ello de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012.
- 4°. **PÓNGASE** en conocimiento del solicitante de acreditación el texto fiscalizado y final, del informe de la entidad acreditadora "ICARUS AKREDITA SpA", señalado en el N°7) de los Vistos precedentes.
- 5°. **TÉNGASE** presente que, para todos los efectos legales, la **vigencia** de la acreditación de este prestador se extenderá **desde la fecha de la resolución Exenta IP/N°5.409**, que lo declaró acreditado con observaciones, esto es, **desde el 7 de junio de 2024**.
- 6°. **PREVÉNGASE** al solicitante de acreditación que, cualquier modificación que se refiera a los datos que deben ser considerados en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados debe ser informada, a la brevedad posible, a esta Intendencia.
- 7°. **AGRÉGUENSE** por el Funcionario Registrador de esta Intendencia una copia de la presente resolución en la inscripción del prestador institucional antes señalado en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia.
- 8°. **NOTIFÍQUESE**, al prestador institucional, los Oficios, en virtud de los cuales se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores, a las ceremonias de otorgamiento del certificado de acreditación, y a su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del artículo 43 del Reglamento. Para los efectos de estas materias, se



14° Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Plan de corrección

Resolución



Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



*Trabajar en equipo
divide el trabajo
y multiplica los
resultados*



Gracias

*Matrona María Fernanda Muñoz LI.
Encarga de calidad CESFAM Paipote, Copiapó*

Diciembre 2025