


	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	1 de 27	

# PROGRAMA DE CALIDAD

## AÑO 2017

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	2 de 27	

## INTRODUCCIÓN

El Departamento Calidad Asistencial cumple un rol asesor y ejecutor en la gestión de la calidad institucional. Su rol de asesoría se materializa en cada Centro de Responsabilidad y Servicios a través del direccionamiento en la definición, implementación y evaluación de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los procesos asistenciales, de manera tal que se asegure una mejora continua de la calidad. De igual modo, su rol ejecutor, se evidencia en la definición e implementación de políticas y estrategias, estableciendo estándares de calidad institucional y desarrollando planes de mejora con monitoreo sistemático de resultados.

Con el fin de alcanzar el propósito de la Política de Calidad institucional, ***“satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, potenciando en la organización el desarrollo de una cultura de la calidad que nos permita alcanzar niveles de desempeño de excelencia”***, es que se ha definido el siguiente Programa anual de Calidad, fundamentalmente orientado a garantizar una atención segura y de calidad al usuario.

## ALCANCE

Todo funcionario que participa directa o indirectamente en las actividades definidas en el Programa de Calidad.

## AMBITO DE RESPONSABILIDAD

### 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.

### Jefe Departamento Calidad Asistencial:

- Realizar seguimientos de actividades para el cumplimiento de los objetivos propuestos del Programa de Calidad.
- Evaluación del Programa de Calidad.

## OBJETIVO GENERAL

Establecer en la Institución un conjunto de estrategias orientadas a implementar, ejecutar y evaluar acciones de mejora continúa que favorezcan el desarrollo de una cultura organizacional favorable para dar cumplimiento a los objetivos asistenciales con base en la seguridad y calidad de las prestaciones hacia los usuarios.



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	3 de 27	

### **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD:**



El Programa de Calidad del Hospital Clínico de Magallanes tiene una periodicidad anual y contempla objetivos, metas, actividades, plazos, responsables de la ejecución e indicadores como verificador de cumplimiento.

Este Programa de Calidad es aprobado por la Dirección del Hospital Clínico de Magallanes siendo de carácter institucional.


La evaluación del Programa de Calidad se realizará anualmente, elaborando informe con análisis de los logros alcanzados, como así también las brechas existentes.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	4 de 27	



OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<p><b>Objetivo 1</b> Mantener las condiciones de Calidad y Seguridad de la atención clínica traducida en el cumplimiento de las características obligatorias del Estándar de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.</p>	
<b>Meta</b>	Mantener el cumplimiento del 100% de las características obligatorias del Estándar de Acreditación.
<b>Actividades</b>	Constatación de la existencia de protocolos actualizados de las características obligatorias en cada punto de verificación. <b>Plazo:</b> Permanente
	Monitorización de la medición de los indicadores en los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo correspondientes. <b>Plazo:</b> Permanente
	Actualización de las metas de cada Unidad y Servicio clínico, basado en el análisis del grado de cumplimiento. <b>Plazo:</b> Enero 2017
	Monitorización de cumplimiento de las metas de los servicios clínicos y unidades de apoyo. <b>Plazo:</b> Trimestral
	Auto - Evaluación periódica del porcentaje de cumplimiento de características obligatorias (estudio de corte). <b>Plazo:</b> Semestral
	Monitorización de las características detectadas con mayor dificultad para su cumplimiento con elaboración y ejecución de planes de mejora de acuerdo a resultados. <b>Plazo:</b> Trimestral
	Evaluación del cumplimiento de los planes de mejora propuestos. <b>Plazo:</b> Trimestral
<b>Responsable de las actividades</b>	Jefe del Departamento de Calidad Asistencial.
<b>Indicador:</b>	% de cumplimiento de características obligatorias del Estándar de Acreditación
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de características obligatorias del Estándar de Acreditación que cumplen} \times 100}{\text{Nº total de características obligatorias del Estándar de Acreditación}}$
<b>Periodicidad evaluación:</b>	Semestral

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	5 de 27	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<b>Objetivo 2</b> Mejorar el Sistema de Vigilancia de los Indicadores de Seguridad definidos por el Nivel Central (MINSAL), implementando planes de mejora en aquellos indicadores que se encuentran bajo el umbral establecido.	
<b>Meta 1</b>	Mantener el 100% de los indicadores de Seguridad monitorizados.
<b>Meta 2</b>	Mantener el 100% de los indicadores de seguridad que se encuentran bajo el umbral de cumplimiento con planes de mejora implementados.
<b>Actividades</b>	Evaluación sistematizada de la indicación de transfusión de componentes sanguíneos. <b>Responsable:</b> Médico encargado del indicador: Dr. Pedro Araneda <b>Plazo:</b> Mensual
	Evaluación y análisis de re-operaciones quirúrgicas no programadas. <b>Responsable:</b> Médico encargado del indicador: Dr. Jorge Bardisa. <b>Plazo:</b> Permanente
	Evaluación de riesgo y aplicación de medidas de prevención para ETE. <b>Responsable:</b> Médico encargado del indicador: Dr. Jorge Bardisa. <b>Plazo:</b> Mensual
	Evaluación de riesgo y aplicación de medidas de prevención de UPP. <b>Responsable:</b> Enfermeras asistenciales de los servicios clínicos. <b>Plazo:</b> Mensual
	Evaluación de la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía <b>Responsable:</b> EU y personal de Enfermería del Pabellón Quirúrgico <b>Plazo:</b> Mensual
	Evaluación directa de Pausa de Seguridad <b>Responsable:</b> Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad <b>Plazo:</b> Mensual
	Vigilancia y notificación de caídas. <b>Responsable:</b> EU de turno de los servicios clínicos <b>Plazo:</b> Permanente
	Seguridad en el uso de equipamiento médico crítico <b>Responsable:</b> Jefe de Equipos médicos. <b>Plazo:</b> Semestral
	Elaboración y ejecución de planes de mejora de acuerdo a resultados. <b>Responsable:</b> Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad <b>Plazo:</b> Permanente

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	6 de 27	

	<p>Elaboración de Informe semestral de casuística institucional de eventos adversos y centinelas y notificación a la Dirección y SSM.  <b>Responsable:</b> Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad  <b>Plazo:</b> Semestral</p>
	<p>Análisis global de eventos ocurridos con informe anual a la Dirección.  <b>Responsable:</b> Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad  <b>Plazo:</b> Anual</p>
	<p>Reunión con la Dirección y Subdirección médica para entrega de informes de resultados de los indicadores de seguridad.  <b>Responsable:</b> Profesional del Departamento de Calidad Asistencial encargada de los Indicadores de Seguridad.  <b>Plazo:</b> Anual</p>
<b>Indicador 1:</b>	% de Indicadores de Seguridad monitorizados
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de Indicadores de Seguridad monitorizados} \times 100}{\text{Nº total de Indicadores de Seguridad}}$
<b>Periodicidad evaluación:</b>	Semestral
<b>Indicador 2:</b>	% de indicadores de Seguridad que no cumplen con umbral establecido y que cuentan con planes de mejora implementados
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de Indicadores de Seguridad bajo el umbral que cuentan con planes de mejora implementados} \times 100}{\text{Nº total de Indicadores de Seguridad bajo el umbral de cumplimiento}}$
<b>Periodicidad evaluación:</b>	Semestral



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	7 de 27	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<b>Objetivo 3</b>	
Implementar el monitoreo y evaluación del desarrollo del mejoramiento continuo de la calidad y seguridad del paciente.	
<b>Meta</b>	Monitorizar y apoyar la gestión de calidad <sup>(1)</sup> en al menos el 50% de los Servicios Clínicos y/o Unidades de Apoyo <sup>(2)</sup> .
<b>Actividades</b>	Confección de cronograma anual de actividades de seguimiento. <b>Plazo.</b> 31 de marzo
	Monitorización del cumplimiento de las actividades de las metas de calidad por Servicio Clínico. <b>Plazo:</b> Trimestral
	Supervisión del cumplimiento de evaluación de indicadores por Servicio Clínico, de acuerdo a aleatorización. (Ver anexo de indicadores). <b>Plazo:</b> Mensual
	Monitoreo en la actualización de los datos en el Sistema de Información en Gestión y Calidad en Salud (SIS - Q). <b>Plazo:</b> Mensual.
	Revisión de informes trimestrales de resultados de indicadores de calidad de los servicios clínicos y Unidades de apoyo. <b>Plazo:</b> Trimestral
	Participación en al menos 2 reuniones semestrales de los Círculos de Calidad de acuerdo a calendarización de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo. <b>Plazo:</b> Según calendario
<b>Responsable de las actividades</b>	Jefe del Departamento de Calidad Asistencial
<b>Indicador:</b>	% de Servicios Clínicos y /o Unidades de apoyo monitorizadas <sup>(3)</sup> en su gestión de calidad
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de Servicios Clínicos y/o Unidades de apoyo monitorizadas} \times 100}{\text{Nº total de Servicios Clínicos y/o Unidades de apoyo}}$
<b>Periodicidad</b>	Semestral

(1) Se entiende por **Gestión de calidad** a las actividades coordinadas que se llevan a cabo en un servicio clínico o unidad de apoyo para lograr la calidad y seguridad en la atención del usuario.



(2) Se consideran 22 servicios clínicos y/o Unidades de Apoyo: **CR Infantil, CR de la Mujer, CR Quirúrgico, CR Médico, Pensionado, Traumatología, UEH General, Pabellones Quirúrgicos y Anestesia, Imagenología, Kinesiología, Radioterapia, Farmacia, Esterilización, Endoscopia, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Laboratorio, Diálisis, Quimioterapia, Cr Odontológico, UPC Adulto, Hemodinamia.**

(3) Se considerará como monitorización y apoyo a la gestión de calidad si se realizan las 5 actividades detalladas en cada uno de los servicio o unidades de apoyo definidos.



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	8 de 27	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<b>Objetivo 4</b> Minimizar los riesgos asociados a las prácticas asistenciales y fortalecer la gestión de estos, a través del análisis y planes de mejora de los eventos centinelas.	
<b>Meta</b>	Monitorizar el cumplimiento del 100% de los planes de mejora de eventos centinelas reportados, relacionados con la administración de medicamentos como medida de control y prevención de éstos.
<b>Actividades</b>	Coordinación con Supervisor/Jefe para la realización de análisis de eventos centinelas cuando corresponda. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> Según corresponda
	Asesoría en el análisis de eventos centinelas. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> Según corresponda
	Implementación de planes de mejora. <b>Responsable:</b> Jefe CR/Servicio/Unidad <b>Plazo:</b> Según corresponda
	Monitorización del cumplimiento del plan de mejora propuesto. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> Según corresponda
<b>Indicador:</b>	% de cumplimiento de los planes de mejora de eventos centinelas asociados a la administración de medicamentos.
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de planes de mejora monitorizados que cumplen} \times 100}{\text{Nº total de planes de mejora comprometidos}}$
<b>Periodicidad</b>	Semestral





	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	9 de 27	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<b>Objetivo 5</b> Potenciar el conocimiento de los profesionales que integran la Comisión Evaluadora del Estándar de Acreditación.	
<b>Meta</b>	Realizar 1 taller de capacitación a los profesionales que integran la Comisión Evaluadora del Estándar de Acreditación.
<b>Actividades</b>	Elaboración del Proyecto(s) en el PAC a ejecutar en el año 2017. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad. <b>Plazo:</b> Al 31 de Enero 2017
	Elaboración del Programa de Capacitación a ejecutar. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad. <b>Plazo:</b> Al 29 de abril 2017
	Ejecución de los talleres. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad. <b>Plazo:</b> Al 30 de Junio 2017
	Evaluación del Programa de capacitación. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad. <b>Plazo:</b> Al 31 de Diciembre 2017
<b>Indicador:</b>	% de talleres realizados a funcionarios asistenciales en temas de seguridad de paciente
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de talleres de capacitación realizados} \times 100}{\text{Nº total de talleres de capacitación programados}}$
<b>Periodicidad</b>	Anual



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	10 de 27	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES	
<b>Objetivo 6</b> Mantener el Cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica Básica (NTB) de Autorización Sanitaria.	
<b>Meta</b>	Mantener el 100% de los CR/Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo monitorizados en relación al cumplimiento de la NTB.
<b>Actividades</b>	Creación de Comité de Gestión de Infraestructura. <b>Responsable:</b> efe del Departamento de Calidad Asistencial. <b>Plazo:</b> 31 de Enero 2017
	Elaboración de Circular institucional “Procedimiento para solicitar modificación de infraestructura en áreas clínicas” <b>Responsable:</b> Jefe del Departamento de Calidad Asistencial. <b>Plazo:</b> 31 de Enero 2017.
	Elaboración y difusión del formulario de solicitud para análisis de modificación, eliminación o adición a la planta física. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> 31 de Enero 2017.
	Reuniones periódicas del Comité de Gestión de Infraestructura para análisis de pertinencia de los cambios estructurales solicitados. <b>Responsable:</b> Integrantes del Comité de Gestión de Infraestructura. <b>Plazo:</b> De acuerdo a requerimientos.
	Envío de documento de solicitud de autorización de cambios estructurales propuestos a la SEREMI. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad Asistencial. <b>Plazo:</b> De acuerdo a requerimiento.
	Coordinación con fiscalizadores de la SEREMI para visita en terreno de evaluación. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> De acuerdo a requerimiento
	Coordinación con fiscalizadores de la SEREMI para la recepción de los trabajos realizados. <b>Responsable:</b> Jefe Departamento de Calidad Asistencial <b>Plazo:</b> Al término del trabajo realizado.
	Actualización de los planos arquitectónicos de la planta física con modificaciones. <b>Responsable:</b> Jefe del Departamento de Arquitectura y Planificación. <b>Plazo:</b> Al término de los cambios estructurales realizados.
<b>Indicador:</b>	% de CR/Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados en relación al cumplimiento de la NTB.
<b>Fórmula cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de CR/Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados} \times 100}{\text{Nº total de CR/Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo}}$
<b>Periodicidad</b>	Semestral



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	11 de 27	

**ANEXO: INDICADORES EVALUADOS EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS Y/O SERVICIOS DE APOYO**



CARACT	NOMBRE PROTOCOLO	INDICADOR	FORMULA		UMBRAL %	PERIOD.	PUNTO DE VERIFICACION
			NUMERADOR	DENOMINADOR			
DP 1.2	Protocolo Gestión de Reclamos	% de reclamos contestados dentro del plazo legal.	Nº de reclamos contestados en un plazo de 15 días hábiles ingresados en el mes x 100.	Nº total de reclamos contestados en el mes.	100%	Mensual	OIRS
DP 2.1	Norma de Obtención Consentimiento Informado	% de consentimientos informados que cumplen con los requisitos mínimos exigibles.	Nº consentimientos informados que cumplen con los requisitos mínimos de registros x 100.	Nº total de consentimientos informados evaluados.	80%	Mensual	Cirugía Infantil
							Cirugía Adulto
							Hemodinamia
							Imagenología
							Subesp. Qx
GCL 1.1	Protocolo evaluación Pre - Anestésica	% de pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia general y/o regional que cuentan con <b>Evaluación Pre Anestésica</b> (EPA) completa.	Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia general y/o regional con EPA completa x 100.	Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente con anestesia general y/o regional.	80%	Mensual	Pabellón General
							Pab.Obstetricia Ginecología
							Pab. CMA
GCL 1.1	Protocolo Evaluación Pre Anestésica	% de pacientes con partos vaginales sometidas a analgesia de parto que cuenten con EPA completo.	Nº de pacientes con partos vaginales sometidas a analgesia de partos con EPA completa x 100.	Total de pacientes con partos vaginales sometidas a analgesia de parto.	80%	Mensual	Pab.Obstetricia

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	12 de 27	



GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para la <b>instalación de VVP (adulto)</b> .	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para la instalación de VVP x100.	Total de observaciones de instalación de VVP.	80%	Mensual	Urgencia Gral
							Urgencia Obstétrica
GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el <b>manejo de VVP (adulto)</b> .	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el manejo de VVP x100.	Total de observaciones del manejo de VVP.	80%	Mensual	Medicina
							Pabellón
							Traumatología
							Pensionado
GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para la <b>manejo de VVP (pediátrico y neonatal)</b> .	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos de manejo de VVP x100.	Total de observaciones de manejo de VVP	80%	Mensual	Pediatría
							Pensionado
GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el <b>manejo de pacientes con CVC (pediátrico y neonatal)</b> .	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el manejo de paciente con CVC x 100.	Total de observaciones de manejo de paciente con CVC.	80%	Mensual	UPC Neo
							UPC Pediátrica
GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el <b>manejo de CVC (adulto)</b> .	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para el manejo de CVC x 100.	Total de observaciones de manejo de CVC.	80%	Mensual	UPC Adulto
GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para la <b>administración de medicamentos E.V.</b>	Nº de observaciones que cumplen con los criterios establecidos para la administración de medicamentos E.V. x 100.	Total de observaciones de administración de medicamentos E.V.	80%	Mensual	Obstetricia
							Ginecología

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>13 de 27</b>	



GCL 1.2	Manual de Procedimientos de Enfermería	% de días del mes en que el refrigerador de <b>vacunas</b> se mantiene en temperatura entre 2°C y 8°C.	Nº de días del mes en que el refrigerador de vacunas se mantiene en temperatura entre 2°C y 8°C x 100.	Nº total de días del mes.	100%	Mensual	Salud del Personal
							Neonatología
GCL 1.6	Criterios de Indicación de Cesárea.	Porcentaje de pacientes operadas de cesárea, que cumplen con el <b>criterio de indicación de cesárea</b> , según protocolo definido.	Nº de pacientes operadas de cesárea en el periodo que cumplen con los criterios de indicación de cesárea x 100.	Total de pacientes operadas de cesárea en el periodo.	80%	Cada dos meses	Obstetricia
GCL 1.7	Criterios de Indicación Médica de Transfusión Sanguínea.	% de <b>pacientes transfundidos</b> que cumplen con criterios de indicación médica de transfusión, de acuerdo a protocolo.	Nº de pacientes transfundidos que cumplen con criterios de indicación médica de transfusión, de acuerdo a protocolo x 100.	Nº Total de pacientes transfundidos.	80%	Mensual	Pabellón
							UPC Adulto
							Diálisis
							Urgencia
							Urg. Obst.
GCL 1.9	Contención Física de Paciente en Agitación Psicomotora.	% de pacientes contenidos que cuentan con las medidas de prevención de eventos adversos asociadas a la contención física.	Nº de pacientes contenidos que cuentan con las medidas de prevención de eventos adversos x 100.	Nº total de pacientes contenidos evaluados.	100%	Mensual	UPC Adulto
							Psiquiatría
							Medicina
							Urgencia
							Urg. Obst.
GCL 1.12	Norma Identificación de Paciente.	% de pacientes <b>correctamente identificados</b> , según protocolo.	Nº pacientes correctamente identificados, según protocolo x 100.	Total de pacientes evaluados.	Adulto 90% Niño 100%	Dos veces al mes.	Pabellón
							UPC Adulto
							UPC Pediátrica
							UPC Neo
							Medicina
							Pediatría
							Neonatología
Obstetricia							

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>14 de 27</b>	

							Ginecología
							Pensionado Obstétrico
							Pensionado
							Cirugía Adulto
							Traumatología
							Endoscopia
GCL 2.1	Prevención de Eventos Adversos asociados a Procesos Quirúrgicos.	% de pacientes operados con <b>lista de chequeo</b> completa.	Nº de pacientes operados en que se aplicó la lista de chequeo quirúrgica completa x100	Total de pacientes operados en el período evaluado.	75%	Mensual	Pabellón
							Cirugía Infantil
							Cirugía Adulto
GCL 2.2	Prevención de Caídas.	% de pacientes <b>sometidos a sedación</b> con medidas preventivas implementadas.	Nº Pacientes sometidos a sedación con medidas preventivas de caídas implementadas x 100.	Total de pacientes sometidos a sedación.	90%	Mensual	Endoscopia
GCL 2.2	Prevención de Caídas.	% de pacientes ingresados con evaluación de riesgo de caída.	Nº de pacientes ingresados con evaluación de riesgo de caída x 100.	Nº total de pacientes ingresados en período evaluado.	90%	Mensual	Medicina
GCL 2.2	Prevención de Caídas.	% de pacientes de alto riesgo con medidas preventivas implementadas.	Nº de pacientes de alto riesgo con medidas preventivas implementadas x 100.	Nº total de ingresos de alto riesgo en período evaluado.	90%	Mensual	Medicina
GCL 2.2	Administración Segura de Medicamentos.	% de <b>tarjetas de tratamiento endovenoso</b> confeccionadas que cumple los requisitos de calidad normados.	Nº de tarjetas de tratamiento endovenoso confeccionadas que cumple los requisitos de calidad x100	Total de tarjetas de tratamiento endovenoso evaluadas.	75%	Mensual	Urgencia Gral
							Obstetricia
							Ginecología
							Urgencia Obst
							Pensionado



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	15 de 27	

							Obstétrico UPC Pediátrica Pediatría UPC Neo Traumatología Pensionado
GCL 2.2	Medidas de Prevención de Úlceras por Presión.	% de pacientes con <b>evaluación de riesgo de UPP.</b>	Nº de pacientes que tienen el registro de evaluación de riesgo de UPP x 100.	Nº total de pacientes evaluados al momento del estudio.	100%	Dos veces al mes.	UPC Adulto UPC Pediátrica Pediatría Medicina Cirugía Adulto Traumatología Pensionado
GCL 2.2	Medidas de Prevención de Úlceras por Presión.	% de pacientes con <b>riesgo moderado o alto de desarrollar UPP</b> que cuenta con las dos medidas de prevención.	Nº de pacientes con riesgo moderado o alto de desarrollar UPP que tienen indicación y aplicación de las dos medidas de prevención x 100.	Nº total de pacientes con RM o AR de desarrollar UPP.	90%	Dos veces al mes.	UPC Adulto Medicina Cirugía Adulto Traumatología UPC Pediátrica Pediatría Pensionado



	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>16 de 27</b>	

GCL 2.3	Sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas.	% de <b>eventos centinelas</b> con análisis causal.	Nº de E. Centinelas con análisis causal x 100.	Total de Eventos Centinelas Reportados.	75%	Semestral	Todos
GCL 3.3	Norma de Aislamiento.	% de cumplimiento de las pautas aplicadas. <b>(Aislamiento).</b>	Nº de pautas de supervisión aplicadas con cumplimiento de todas las medidas x 100.	Total de pautas de supervisión aplicadas.	85%	Mensual	Medicina
GCL 3.3	Norma Precauciones Estándar.	% de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS en procedimiento <b>Lavado de Manos tipo clínico.</b>	Nº de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS en lavados de manos tipo clínico x 100.	Nº total de observaciones de lavado de manos tipo clínico.	75%	Mensual	Urg Obstétrica
							Neonatología
							Urgencia Gral
							Traumatología
							Pabellón
							Cirugía Adulto
							Diálisis
							Pensionado Obstétrico
GCL 3.3	Norma Prevención de Endometritis Puerperal.	% de pautas de supervisión aplicadas que cumplen con los criterios establecidos para <b>tacto vaginal</b> realizados durante la atención del parto.	Nº de pautas de supervisión que cumplen con los criterios establecidos para tacto vaginal x 100.	Nº total de pautas de supervisión aplicadas	90%	Mensual	Obstetricia
							Pensionado Obstétrico





	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	17 de 27	



GCL 3.3	Norma Prevención de Infección de Herida Operatoria o Sitio Quirúrgico.	% de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS en <b>“Preparación de piel</b> previa a procedimiento invasivo”.	Nº de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS en preparación de piel previo a procedimiento invasivo x 100.	Nº total de observaciones de preparación de piel previo a procedimiento invasivo.	90%	Mensual	Cirugía Infantil
							Pabellón
GCL 3.3	Norma Prevención de Infección Urinaria asociada al Uso de CUP.	% de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS para la <b>mantención del CUP.</b>	Nº de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas para la mantención del CUP x 100	Nº total de observaciones de mantención del CUP.	95%	Mensual	Medicina
GCL 3.3	Norma Prevención y Control de ITS asociado al uso de catéteres intravasculares.	% de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de I.A.A.S. para el <b>manejo de Catéter de Hemodiálisis.</b>	Nº observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS para el manejo de Catéter de Hemodiálisis x 100.	Nº total de observaciones de catéteres de hemodiálisis instalados.	95%	Mensual	Diálisis
		% de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS para la mantención de catéter con reservorio.	Nº de observaciones que cumplen con las prácticas preventivas de IAAS para la mantención de catéter con reservorio x 100.	Nº total de observaciones de mantención de catéter con reservorio.	100%	Mensual	Quimioterapia
GCL 3.3	Uso de Antisépticos y Desinfectantes	% de unidades* con <b>antisépticos</b> en uso que cumple con la norma “Uso de antisépticos y Desinfectantes”.	Nº de unidades* con antisépticos en uso que cumple con la norma “Uso de antisépticos y Desinfectantes” x 100.	Total de unidades evaluadas.	80%	Mensual	Ginecología
							Pediatría

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>18 de 27</b>	



		% de unidades* con <b>desinfectantes</b> en uso que cumple con la norma "Uso de antisépticos y Desinfectantes".	Nº de unidades* con desinfectantes en uso que cumple con la norma "Uso de antisépticos y Desinfectantes" x 100.	Total de unidades evaluadas.	80%	Mensual	Cirugía Adulto Dental Pensionado Traumatología
AOC 1.2	Procedimiento de Priorización de la Atención de Urgencia.	% de cumplimiento de tiempos de espera de <b>categorización en paciente C2.</b>	Nº de pacientes C2 categorizados según tiempo normado x 100.	Nº total de pacientes categorizados C2.	75%	Mensual	Urgencia Gral
		% de pacientes atendidas en <b>urgencia gineco-obstétricas</b> categorizadas.	Nº de pacientes atendidas en urgencia gineco obstétrica categorizadas X 100.	Nº total de pacientes atendidas de urgencia gineco-obstétrica.	75%	Mensual	Urgencia Obstétrica
AOC 1.3	Informe Hallazgos Críticos de Imagenología.	% de <b>hallazgos críticos</b> agudos diagnosticados mediante ecografía notificados en plazo establecido.	Nº de ecografías con hallazgos críticos agudos notificadas en el plazo establecido x 100.	Nº total de hallazgos críticos agudos diagnosticados mediante ecografía.	90%	Mensual	Imagenología
AOC 1.3	Informe de Resultados Críticos en Biopsia Diferida y Citología.	% de notificaciones de <b>resultados</b> críticos realizados en el tiempo establecido según protocolo	Nº de notificaciones de resultados críticos realizados antes de 72 horas hábiles x 100.	Nº total de resultados críticos obtenidos que debieron ser informados.	100%	Mensual	Anatomía Patológica
AOC 1.3	Procedimiento de notificación de valores Críticos Exámenes Laboratorio Clínico.	% de exámenes con <b>resultados críticos de pH informados</b> según protocolo.	Nº de exámenes con resultados críticos de pH informados según protocolo x 100.	Nº total de exámenes con resultados críticos de pH.	80%	Mensual	Laboratorio Clínico

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>19 de 27</b>	



RH 4.3	Programa de Inmunización del Personal de Salud.	% de funcionarios de servicios clínicos y/o unidades de riesgo que poseen 3 dosis de <b>Inmunización Anti-Hepatitis B.</b>	Nº de funcionarios de unidades/servicios/C.R. de riesgo que poseen 3 dosis de inmunización anti-Hepatitis B x 100.	Total de funcionarios de unidades / servicios/ C.R. de riesgo.	90%	Anual	Salud Personal
REG 1.1 REG 1.4	Procedimiento Administración de Ficha Clínica.	% de fichas disponibles oportunamente para consulta y procedimientos del área ambulatoria.	Nº de fichas disponibles oportunamente para consulta y procedimientos de área ambulatoria.	Nº Total de fichas solicitadas para consulta y procedimientos del área ambulatoria.	90%	Trimestral	Todos
REG 1.2	Norma Estándares de Registros Clínicos.	% de <b>ingresos médicos</b> que cumplen con los requisitos mínimos de registro.	Nº de ingresos médicos que cumplen con los requisitos mínimos de registro x 100.	Nº total de ingresos médicos evaluados.	80%	Mensual	UPC Adulto Cirugía Adulto Ginecología Medicina Traumatología Pensionado Obstétrico Pensionado Pediatría

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>20 de 27</b>	



REG 1.2	Norma Estándares de Registros Clínicos.	% de <b>protocolos de anestesia</b> que cumplen con requisitos mínimos de registro.	Nº de protocolos de anestesia que cumplen con los requisitos mínimos de registro x 100.	Nº total de protocolos de anestesia evaluados.	80%	Mensual	Pabellón quirúrgico y anestesia
		% de <b>epicrisis</b> que cumplen con requisitos mínimos de registro.	Nº de epicrisis que cumplen con requisitos mínimos de registros x 100.	Nº total de epicrisis evaluadas.	80%	Mensual	Pediatría
							Medicina
							Cirugía Adulto
							Obstetricia
							Traumatología
		% de <b>registros de consultas médicas ambulatorias</b> que cumplen con requisitos mínimos de registro.	Nº de registros de consultas médicas ambulatorias que cumplen con requisitos mínimos de registro x 100.	Nº total de registros de consultas médicas ambulatorias evaluadas.	80%	Mensual	CAE Adulto
							CAE Infantil
							CAE de la Mujer
		% de <b>datos de urgencia</b> que cumplen con requisitos mínimos de registro.	Nº de datos de urgencia que cumplen con requisitos mínimos de registro x 100.	Nº total de datos de urgencia evaluados.	80%	Mensual	Urgencia Gral
							Urgencia Obstétrica

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	21 de 27	



APL 1.2	Manual Toma de muestras Laboratorio clínicos.	% de <b>exámenes rechazados.</b>	Nº de exámenes rechazados x 100.	Nº de exámenes realizados + Nº de exámenes rechazados en periodo evaluado.	<10%	Mensual	Toma de muestras
							UPC Adulto
							UPC Pediátrico
							UPC Neo
							Medicina
							Pediatría
							Urgencia
							Urgencia Obst
APF 1.4	Procedimiento para rotulación, envasado, despacho, eliminación y reposición de medicamentos	% de recetas que cumplen con las condiciones de despacho seguro.	Nº de recetas que cumplen con condiciones de despacho seguro x 100.	Total de recetas muestreadas.	80%	Mensual	Farmacia
APF 1.5	Procedimientos de Farmacia para Servicios Clínicos.	% de observaciones que cumplen con el protocolo de <b>almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos.</b>	Nº de observaciones que cumplen con el protocolo de almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos x 100.	Nº total de observaciones aplicadas en el Servicio.	100%	Mensual	UPC Adulto
							Farmacia
							UPC Pediátrico
							UPC Neo
							Medicina
							Urgencia
Urg Obst							

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>22 de 27</b>	

							Pabellón
							Pediatría
							Pensionado
APF 1.6	Manual de Procedimientos Central de Mezclas IV Área Oncológica.	<b>Preparados Oncológicos</b> que cumplen con parámetros de Seguridad y de calidad para el paciente.	Nº de preparados Oncológicos que cumplen con parámetros de Seguridad y de Calidad para el paciente (Etiquetado correcto, sellado correcto, dosis correcta).	Nº total de preparados Oncológicos elaborados en el trimestre.	100%	Trimestral	Farmacia
APF 1.7	Manual de Procedimientos Central de Mezclas IV Área Nutrición Parenteral.	<b>% de Bolsas de Nutrición Parenteral</b> preparadas que cumplen condición de producto seguro y de calidad para el paciente.	Nº de bolsas de Nutrición Parenteral muestreadas al azar con cultivo negativo x 100.	Nº total de bolsas muestreadas.	100%	Trimestral	Farmacia
APE 1.3	Protocolos de Procesos Productivos en la Central de Esterilización.	% de cumplimiento de <b>lavado de material</b> según procedimiento normado.	Nº de observaciones que cumplen con criterios normados x 100.	Total de observaciones.	100%	Mensual	Esterilización
		% de <b>implantes esterilizados</b> con indicador biológico negativo.	Nº Implantes esterilizados con indicador biológico negativo x 100.	Total de implantes esterilizados.	100%	Mensual	Esterilización



	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>23 de 27</b>	

APE 1.4	Protocolos de Procesos Productivos en la Central de Esterilización	% de observaciones que cumplen con los criterios normados de <b>almacenamiento de material estéril.</b>	Nº de observaciones que cumplen con criterios normados de almacenamiento de material estéril x 100.	Nº total de observaciones aplicadas en el servicio.	100%	Mensual	Esterilización
							Cirugía
							UPC Adulto
							UPC Pediatría
							Obst Gine
							UPC Neo
							Pabellón
Pensionado							
APE 1.5	Protocolos de Procesos Productivos en la Central de Esterilización	% de observaciones de procedimientos DAN automatizado que cumplen con criterios normados según protocolo.	Nº de observaciones de procedimiento DAN que cumplen con criterios normados x 100.	Total de observaciones.	85%	Mensual	Esterilización
APD 1.2	Manual de Procedimientos de Hemodiálisis y Sistema de Registros.	% de hojas con <b>Registro de Enfermería</b> completo.	Nº Hojas con Registro de Enfermería completo x 100.	Total de Hojas de Registro de Enfermería evaluadas.	90%	Mensual	Diálisis
APD 1.3	Programa de Capacitación a Pcte. y Familia en Peritoneo Diálisis.	% de pacientes capacitados en Peritoneodiálisis que presentan complicaciones infecciosas.	Nº de pacientes capacitados en peritoneodiálisis que presentan complicaciones infecciosas x 100.	Total de pacientes capacitados en la Unidad de Peritoneodiálisis.	<5%	Trimestral	Diálisis
APR 1.3	Sistemas de Control de Calidad de la Radioterapia.	% de <b>cumplimiento de dosis absoluta diaria.</b>	Número de días con dosis absoluta diaria que se encuentra en rango terapéutico x 100.	Número total de días hábiles.	100%	Trimestral	Radioterapia



	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	 <b>Hospital Clínico MAGALLANES</b>
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>24 de 27</b>	

APR 1.4	Sistemas de Registros.	% de <b>pacientes ingresados a Tratamientos (TTO)</b> , que cuentan con registros de acuerdo a contenidos mínimos exigibles.	Nº de pacientes ingresados a TTO que cuentan con los registros mínimos exigibles x 100.	Nº total de pacientes ingresados a TTO.	100%	Trimestral	Radioterapia
APA 1.2	Norma Condición de la Muestra para Estudio Anatómico-patológico.	% de biopsias que cumple con todos los requisitos normados para <b>solicitud y rotulación de la muestra.</b>	Nº de biopsias que cumple con todos los requisitos normados para solicitud y rotulación de la muestra x 100.	Nº Total de biopsias recibidas.	98%	Trimestral	Anatomía Patológica
APA 1.3	Procedimientos de etapas Analítica y post Analítica en Anatomía Patológica.	% de <b>informes histopatológicos</b> que cumplen con el tiempo de respuesta definido por el protocolo.	Nº de informes histopatológico que cumplen con el tiempo de respuesta establecido (*) x 100.	Nº total de informes histopatológicos emitidos.	80%	Mensual	Anatomía Patológica
APQ 1.2	Protocolos de Tratamiento de Quimioterapia y sistema de Registros.	% de pacientes tratados con <b>registros mínimos</b> exigibles en la aplicación de los Protocolos de Quimioterapia en niños.	Nº de pacientes tratados con registros mínimos exigibles según protocolo x 100.	Nº Total de pacientes tratados.	90%	Mensual	QMT Pediatría
APQ 1.2	Protocolos de Quimioterapia y Sistema de Registros.	% de pautas de evaluación en la administración de quimioterapia que cumplen con criterios mínimos exigibles.	Nº pautas de evaluación en la administración de quimioterapia que cumplen con mínimos exigibles x 100.	Nº total de pautas de evaluación de administración de quimioterapia aplicadas.	100%	Mensual	QMT Adulto





	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017	Página	25 de 27	

APQ 1.3	Protocolo de Administración, Manejo, Eliminación de Drogas Antineoplásicas y Sistemas de Vigilancia IAAS.	Tasa de infecciones asociadas a <b>catéter implantable con reservorio</b> .	Nº de infecciones asociadas a catéter implantable con reservorio x 1000 Ds.	Total de días de exposición a catéter implantable con reservorio.	$\leq 2,9 \times 1000$ días de exposición	Trimestral	QMT Adulto
APQ 1.3	Protocolo de Instalación, Manejo de Procedimientos relacionados a Quimioterapia y Sistema de Vigilancia de IASS en Pediatría.	Tasa de <b>infecciones central</b> a permanencia.	Nº de infecciones asociadas a catéter venoso central a permanencia x 1000 Ds.	Total de días de exposición a catéter venoso central a permanencia.	$\leq 2,6 \times 1000$ días de exposición	Semestral	QMT Pediatría
API 1.2	Protocolo de Prevención de Eventos Adversos asociado al uso de medio de contraste.	% de pacientes sometidos a procedimientos con <b>utilización de medio de contraste</b> en que se aplicó la encuesta de factores de riesgo.	Nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de medio de contraste con encuesta de factores de riesgo aplicada x100.	Total de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de medio de contraste en el período evaluado.	$\geq 90\%$	Mensual	Hemodinamia

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>26 de 27</b>	

API 1.2	Prevención de Eventos Adversos en exámenes imagenológico que involucran procedimientos invasivos y uso de medio de contraste.	% de pacientes ambulatorios a los que se les indicó profilaxis para <b>reacciones adversas a medio de contraste.</b>	Nº de pacientes ambulatorios con indicación de profilaxis para reacción adversa al medio de contraste x 100.	Total de pacientes ambulatorios detectados de riesgo para reacción adversa al medio de contraste.	90%	Trimestral	Imagenología
API 1.3	Requisitos de Solicitud e Indicaciones a Pacientes para procedimientos Imagenológicos.	% de <b>solicitudes de exámenes imagenológicos</b> de Tomografía Computada (CT), que cumplen con los requisitos mínimos exigibles.	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos de Tomografía Computada (CT), que cumplen con los requisitos mínimos exigibles x100.	Nº total de exámenes imagenológicos de Tomografía Computada solicitadas.	90%	Mensual	Imagenología
							UPC Adulto
							Medicina
							Urgencia
APK 1.2	Protocolo Preparación del Paciente previa a la Ejecución de Procedimientos de Kinesioterapia Respiratoria.	% de pacientes hospitalizados que cumplen con requisitos de preparación previo a la ejecución de procedimientos de <b>kinesioterapia respiratoria.</b>	Número de pacientes hospitalizados preparados para la KTR según protocolo x 100.	Nº total de pacientes que se les realizó KTR en el Servicio (*).	90%	Mensual	UPC Adulto
							UPC Pediátrica
							Pediatría
							Medicina
							Pensionado

	<b>DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL</b>	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO – DICIEMBRE 2017</b>	Página	<b>27 de 27</b>	

APK 1.3	Contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.	% de pacientes post-operados cardiológicos derivados a rehabilitación que cuentan con <b>evaluación kinésica</b> ambulatoria completa.	Nº de pacientes que cuentan con la evaluación kinésica postoperatoria ambulatoria completa x 100.	Total de pacientes cardio operados derivados a rehabilitación cardiaca.	100%	Mensual	kinesiología
APTr 1.2	Manual de Procedimientos relacionados con el Proceso de Transfusión.	% de reportes de reacciones adversas a la transfusión de glóbulos rojos con análisis.	Nº de reportes de reacción adversa la transfusión de glóbulos rojos con análisis x 100.	Nº total de reportes de reacción adversa a la transfusión de glóbulos rojos.	90%	Mensual	Banco de Sangre
APCs 1.2	Manual de Procedimientos relacionados con el Proceso de Transfusión.	% de unidades de plasma fresco preparadas dentro del tiempo definido para ellas.	Nº de unidades de plasma fresco preparadas en el tiempo definido x 100.	Nº total de unidades de plasma fresco preparadas.	90%	Mensual	Banco de Sangre
		% de unidades de plaquetas preparadas en el tiempo definido.	Nº de unidades de concentrado plaquetario preparadas en el tiempo definido x 100.	Nº total de unidades de plaquetas preparadas.	90%	Mensual	Banco de Sangre
APDs 1.1	Manual de Procedimientos relacionados con el Proceso de Transfusión.	% de encuestas firmadas de donantes de sangre efectivo.	Nº total de encuestas de donantes de sangre efectivos firmadas x 100.	Nº total de encuestas de donantes de sangre efectivos.	100%	Mensual	Banco de Sangre