

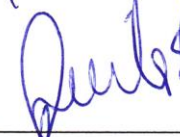
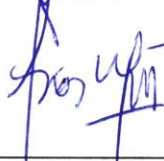



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026	Página	1 de 11	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Elizabeth Chamorro A.	Jefa Departamento Calidad Asistencial	16/01/2026	
	Daniela Sánchez S.	Profesional Departamento Calidad Asistencial	21/01/2026	
	Mercedes Iglesias M.	Profesional Departamento Calidad Asistencial	26/01/2026	
Revisado y Autorizado por:	Francisca Sanfuentes P.	Directora (S)	30/01/2026	

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026	Página	2 de 11	

## I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye un atributo esencial de la calidad de la atención de salud, dado el impacto significativo que sus fallos puedan generar no sólo en el paciente, sino también en su familia, equipo de salud y los ámbitos organizacional y económico. En este contexto, la cultura de seguridad, constituye la base de cualquier estrategia orientada a la protección del paciente, cuyo su fortalecimiento requiere liderazgo y compromiso por parte de la máxima autoridad del Establecimiento, quienes tienen la responsabilidad de promoverla y respaldarla activamente.

El Programa de Calidad del Hospital Clínico de Magallanes contempla objetivos, metas, actividades, plazos, responsables de la ejecución e indicadores como verificador de cumplimiento, los cuales permiten su monitoreo y evaluación. Dicho programa es aprobado por la Dirección de la Institución y difundido al Equipo Directivo, Supervisores, Jefaturas y Encargados de Calidad de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo, asegurando su conocimiento y aplicación transversal en el Establecimiento.

## II. ALCANCE

Todo funcionario que participa directa o indirectamente en las actividades definidas en el Programa de Calidad del Hospital Clínico de Magallanes (HCM).

## III. ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD

### Director HCM



- Aprobar el Programa de Calidad.
- Respalda estrategias para facilitar la implementación del mismo.

### Subdirector Médico, Subdirector Administrativo, Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subdirector de Operaciones, Subdirector de Enfermería

- Ejercer el liderazgo efectivo y participativo en su ámbito de acción asegurando y apoyando la implementación que permita dar cumplimiento al Programa de Calidad Institucional.

### Jefaturas de Centros de Responsabilidad y Profesionales Supervisores

- Establecer las estrategias para la aplicación y supervisión de las actividades propuestas para el cumplimiento del Programa de Calidad Institucional.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026	Página	3 de 11	

### Jefe Departamento de Calidad Asistencial

- Encargada del Programa de Calidad anual.
- Responsable de realizar seguimientos de las actividades para el cumplimiento de los objetivos propuestos del Programa de Calidad.
- Realizar evaluación del Programa de Calidad anual.

### Funcionarios del HCM

- Responsables de conocer y cumplir Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de Atención que se aplican en la Institución.
- Responsables de conocer el Programa de Calidad Institucional.
- Participar en los procesos de Autoevaluación de Acreditación del Establecimiento.

## IV. OBJETIVO

Establecer las estrategias orientadas a fortalecer procesos seguros de atención propiciando el desarrollo de la cultura organizacional en calidad.

## V. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD

El sistema de evaluación del Programa de Calidad Institucional conlleva una metodología que considera la comprobación del cumplimiento final de las actividades comprometidas y monitoreadas a través de sus indicadores respectivos. Los resultados obtenidos serán cotejados con las metas propuestas para la detección de brechas y posteriormente se analizarán estos resultados para identificar los factores que propiciaron o dificultaron el cumplimiento de éstas. Se elaborará informe anual cuya información generará conclusiones que permitan plantear plan de mejora en las áreas en incumplimiento.

El Jefe del Departamento Calidad Asistencial con la colaboración de los profesionales involucrados de acuerdo a la meta planteada, será responsable de realizar la evaluación del Programa de Calidad 2026 en Enero 2027, el cual será revisado y autorizado por el Director del Establecimiento y se realizará difusión presencial de éste en el mes de Marzo 2027, en conjunto con el Programa de Calidad del año correspondiente.

Se considerará cumplido el Programa de Calidad cuando se haya alcanzado el umbral de metas propuestas para cada uno de los objetivos.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	4 de 11	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES				
<b>Objetivo 1</b> Promover una atención segura y de calidad a través de la mejora continua de los procesos asistenciales centrados en el paciente y en la gestión del riesgo clínico.				
<b>Meta:</b> Lograr que el 100% de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo(*) sean monitorizados en las prácticas asistenciales asociadas a la prevención de riesgos para la seguridad del paciente.				
Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Confección de cronograma anual de supervisión de prácticas asistenciales asociadas a la prevención de riesgos para la seguridad del paciente ( <i>Prevención LPP, Administración medicamentos y Prevención de caídas</i> ).	% de servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados  Nº de Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo <u>monitorizados</u> <u>x 100</u>  Nº total de Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo(*)	Cronograma de actividades.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	31 de Marzo 2026.
Monitorización en terreno del cumplimiento de las prácticas de riesgo en cada Servicio Clínico y Unidad de Apoyo ( <i>Prevención LPP- Administración medicamento- Prevención de caídas</i> ).		Informe de monitorizaciones realizadas.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.  Profesionales Depto. Calidad Asistencial.	Según cronograma a partir de Mayo 2026.
Aplicación de pautas de evaluación en prácticas de riesgo en los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.		Pautas de Supervisión aplicadas.		Según cronograma.
Evaluación de los resultados de la monitorización en los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.		Informe de resultados.		Según cronograma.
Difusión de los resultados de la monitorización por cada Servicio Clínico y Unidad de Apoyo evaluado.		Lista de asistencia.		Según cronograma.
Implementación y Seguimiento planes de mejora.		Informe de evaluación de Planes de mejora.		Según cronograma.

(\*) De los 22 servicios clínicos y/o Unidades de Apoyo, se considerarán 11 de ellos de mayor riesgo para la seguridad del paciente: **CR Infantil, CR de la Mujer, CR Quirúrgico, CR Médico, MQ 5to piso, Pabellones Quirúrgicos y Anestesia, Quimioterapia, UPC Adulto, Endoscopia, Urgencia General y Unidad Medicina Ambulatoria.**

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	5 de 11	

**OBJETIVO/META/ACTIVIDADES**



**Objetivo 2:** Resguardar las condiciones de seguridad en los procesos asistenciales, en conformidad con las Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de la atención vigentes.

**Meta 1:** Mantener el 100% de los Indicadores de Seguridad monitorizados.



**Meta 2:** Mantener el 100% de los Indicadores de Seguridad que se encuentren bajo el umbral local de cumplimiento con planes de mejora implementados.

**Meta 3:** Implementar al 100% las nuevas Normativas de Seguridad del paciente y Calidad de la Atención.



Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Evaluación sistematizada de la indicación de transfusión de componentes sanguíneos.	<b>Indicador 1:</b> % de Indicadores de Seguridad monitorizados.  Nº de Indicadores de Seguridad monitorizados $\times 100$ Nº total de Indicadores de Seguridad	Planilla de evaluación.	Médico y Tecnólogo Médico encargados del indicador.	Trimestral.
Evaluación y análisis de re-operaciones quirúrgicas no programadas.		Informe de Análisis de reintervenciones.	Médico encargado del indicador.	Trimestral.
Evaluación de riesgo y aplicación de medidas de prevención para ETE.		Pautas de evaluación.	Médico encargado del indicador.	Trimestral.
Evaluación del riesgo y de la aplicación de medidas de prevención de LPP.		Pautas de evaluación.	Enfermeras/Matronas de turno de los Servicios Clínicos de hospitalización de pacientes.	Trimestral.
Evaluación de la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía.		Pautas de evaluación.	Anestesiólogos y Enfermeras del Pabellón Quirúrgico.	Trimestral.
Evaluación directa de Pausa de Seguridad.		Informe de evaluación observacional.	Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad.	Trimestral.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	6 de 11	

Vigilancia y notificación permanente de caídas de pacientes.	<b>Indicador 2:</b> % de indicadores de Seguridad bajo el umbral establecido que cuentan con planes de mejora implementados.  Nº de Indicadores de Seguridad bajo el umbral establecido que cuentan con planes de mejora <u>implementados</u> x 100 Nº total de Indicadores de Seguridad bajo el umbral establecido.	Reporte de caídas del trimestre.	Enfermeras/Matronas de turno de los Servicios Clínicos.	Trimestral.
Vigilancia y notificación permanente de eventos adversos y centinelas.		Reporte de eventos adversos/centinelas.	Enfermeras/matronas de turno de los Servicios Clínicos.	Trimestral.
Evaluación del cumplimiento respecto a seguridad en el uso de equipamiento médico crítico.		Correo electrónico con resultado indicador. Informe semestral.	Jefe de Equipos médicos.	Semestral.
Elaboración y ejecución de planes de mejora de acuerdo a resultados obtenidos.		Plan de mejora elaborado/ejecutado, según corresponda.	Enfermera Encargada de los Indicadores de Seguridad. Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.
Elaboración de Informe de casuística institucional de eventos adversos y centinelas y notificación a la Subdirección Médica, Subdirección de Enfermería y al Depto. Calidad y Seguridad en la Atención en Salud del SSM.		Correo electrónico.	Enfermera encargada de los Indicadores de Seguridad. Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	7 de 11	

Evaluación del cumplimiento de la Identificación de pacientes.	Nº de Normas de Seguridad de pacientes y Calidad de la Atención implementados x 100  Nº total de Indicadores de Seguridad de pacientes y Calidad de la Atención programados	Pautas de evaluación.	Responsable de la implementación del Sistema de identificación pacientes.	Bimestral a contar de Marzo 2026.
Elaboración del protocolo de trazabilidad de Dispositivos Médicos (DM).		Protocolo formalizado.	Jefe Depto. Calidad Asistencial. Subdirector Administrativo.	31 Marzo 2026.
Definición del profesional responsable de la implementación del Sistema de registro de trazabilidad de DM.		Resolución con definición de responsable.	Subdirectora Médica.	31 enero 2026.
Simulación de trazabilidad de Dispositivo médico al azar.		Informe de resultado.	Responsable de trazabilidad de Dispositivo Médico.	Junio y Diciembre 2026.
Conformación de Comité de Tecnovigilancia.		Resolución exenta	Subdirección Médica-Dirección	Abril 2026
Elaboración protocolo de Tecnovigilancia.		Protocolo formalizado	Responsable Tecnovigilancia.	Junio 2026.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	8 de 11	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES				
<b>Objetivo 3:</b> Minimizar los riesgos asociados a las prácticas asistenciales y fortalecer su gestión, a través del análisis de los eventos centinela y la implementación de planes de mejora.				
<b>Meta:</b> Lograr el 100% de cumplimiento en el plan de mejora de eventos centinelas analizados(*).				
Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Capacitación “Fortalecimiento de la Seguridad del paciente: Abordaje de Eventos Adversos y Centinelas”.	% de cumplimiento de planes de mejora de eventos centinelas analizados que cumplen con su ejecución.	Presentación de la capacitación. Lista de Asistencia.	Jefe Depto. Calidad Asistencial. Profesional Encargada de los Indicadores de Seguridad.	Al 30 Agosto 2026.
Participación y asesoría en los análisis de eventos centinelas.		Nº de planes de mejora de eventos centinelas analizados que cumplen con su ejecución $\times 100$ Nº total de planes de mejora de eventos centinelas analizados.	Lista de asistencia del análisis.	
Elaboración de planes de mejora derivados del análisis de eventos centinela.	Plan de mejora elaborado en sistema de Notificación de Eventos (NEA).		Jefe/Encargado Círculo Calidad. CR/Servicio/Unidad.	
Seguimiento del cumplimiento del plan de mejora propuesto.	Plan de mejora cerrado en sistema NEA, según corresponda.		Jefe Depto. Calidad Asistencial. Profesional Encargada de los Indicadores de Seguridad.	Trimestral.
Evaluación de los resultados obtenidos de la implementación de los planes de mejora en los eventos centinelas analizados.	Informe de resultados.			Trimestral.
Difusión de los informes de análisis de eventos centinelas reportados y analizados.		Lista de Asistencia-correo electrónico del informe de Reporte de eventos adversos/centinelas.		Trimestral.

(\*) Se considerará como cumplido el plan de mejora del evento centinela analizado, cuando todas las acciones programadas se hayan ejecutado en el plazo establecido o en el reprogramado, siempre y cuando sea ejecutado durante el año 2026.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	9 de 11	

### OBJETIVO/META/ACTIVIDADES

#### Objetivo 4

Mantener las condiciones de Calidad y Seguridad de la atención clínica, asegurando el cumplimiento de las características del Estándar de Acreditación del Manual de Atención Cerrada.



**Meta:** Lograr 100% de cumplimiento en las características totales del Estándar de Atención Cerrada.

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Revisión de la vigencia de los documentos de calidad y solicitud de actualización a los referentes de los distintos Servicios/Unidades.	% de cumplimiento de las características totales  Nº de características totales del estándar que cumplen umbral	Correo electrónico de solicitud de actualización a los referentes de los distintos Servicios/Unidades.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Actualización de documentos de calidad y difusión de ellos.	Nº total de características totales del estándar	Protocolos actualizados difundidos a través de correo electrónico.	Supervisores/Jefes de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo. Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Realización de Cortes de Autoevaluación del cumplimiento de las características de Acreditación.		Informe de Autoevaluación.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.
Elaboración y difusión de Informe de resultados de los Cortes de Autoevaluación de Acreditación.		Informe de Resultados. Correo electrónico de difusión de resultados.	Jefe Depto. Calidad Asistencial. Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	<b>10 de 11</b>	

Reuniones de implementación de planes de mejora de características en incumplimiento de puntos de verificación.	% de cumplimiento de las características totales  Nº de características totales del estándar que cumplen umbral <hr/> Nº total de características totales del estándar	Informe de evaluación del corte de autoevaluación siguiente.	Jefe Depto. Calidad Asistencial. Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Según corresponda.
Reuniones bimestrales con encargados de Círculos de Calidad y Supervisores de los distintos Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo.		1.Acta de reuniones. 2.Listas de asistencia.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Bimestral a partir de Marzo 2026.
Monitorización de los indicadores de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo a través de sistema informático.		Reporte Mensual extraído desde sistema informático.	Jefe Depto. Calidad Asistencial Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Aplicación de pautas correspondientes a características transversales(*).		Resultados de la Pauta de Evaluación aplicada.	Jefe Depto. Calidad Asistencial Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.

(\*) Características transversales: Gestión de reclamos, código azul, accidentes de riesgo relacionados con fluidos de riesgo y sustancias peligrosas, vías de evacuación, acceso a la información de pacientes contenida en la ficha clínica, centralización del proceso de esterilización, Comité ética Asistencial.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES ENERO - DICIEMBRE 2026</b>	Página	11 de 11	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES				
<b>Objetivo 5:</b> Resguardar las condiciones de seguridad en cuanto a infraestructura relacionados en conformidad con la Norma Técnica Básica (NTB), decretos y reglamentos de Autorización Sanitaria.				
<b>Meta 1:</b> Lograr el 100% en la monitorización del cumplimiento normativo de infraestructura en los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.				
<b>Meta 2:</b> Lograr el 100% del cumplimiento de los trámites ingresados a Seremi en línea con la obtención de Resolución sanitaria.				
Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Elaboración de plan de monitoreo para la evaluación del Cumplimiento de NTB en Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.	% de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo con monitoreo del Cumplimiento de NTB.	Plan de monitoreo de la NTB.	Profesional encargada de Autorización Sanitaria.	Anual.
Ejecución del plan de monitoreo en Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.	N° de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo con monitoreo realizado según plan X 100	Informe de la visita de monitoreo.	Profesional encargada de Autorización Sanitaria.	Según cronograma.
Recepción de las solicitudes de modificación de Infraestructura provenientes de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.		N° total de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo programados para monitoreo.		Formulario de solicitud de modificación.
Coordinación y Programación de la ejecución de Comité de Infraestructura.	% de trámites ingresados a Seremi en línea con resolución sanitaria emitida.	Actas de Comité Infraestructura.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Regularización de la Autorización Sanitaria en lugares que se requiera.		Autorización Sanitaria.		Si corresponde.
Coordinación con la Autoridad Sanitaria para la inspección de las áreas a autorizar.	N° de tramites ingresados a Seremi en línea con Resolución sanitaria emitida x 100.	Solicitud en sistema de SEREMI.	Profesional encargada de Autorización Sanitaria.	Cuando sea necesario.
Participación en visitas de fiscalización realizadas por la Autoridad Sanitaria.	N° total de tramites ingresados a Seremi en línea.	Acta de fiscalización.		Según corresponda.