


	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	1 de 7	

# PROGRAMA DE CALIDAD

## AÑO 2024

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	2 de 7	

## I. INTRODUCCIÓN

Considerando 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.

El Programa de Calidad del Hospital Clínico de Magallanes contempla objetivos, metas, actividades, plazos, responsables de la ejecución e indicadores como verificador de cumplimiento siendo aprobado por la Dirección de la Institución y difundido a Supervisores/Jefes, Encargados de Calidad de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.

## II. ALCANCE

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

## III. AMBITO DE RESPONSABILIDAD

**Director, 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 metas definidas en sus servicios tendientes al cumplimiento del Programa de Calidad Institucional.

**Jefe Departamento de Calidad Asistencial:**

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

Evaluación del Programa de Calidad.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	3 de 7	

#### 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 final anual con cuya información se 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.

Se considerará cumplido el Programa de Calidad cuando se hayan alcanzado todos los objetivos propuestos.



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	4 de 7	

**OBJETIVO/META/ACTIVIDADES**

**Objetivo 1**  
Mantener las condiciones de Calidad y Seguridad de la atención clínica traducida en el cumplimiento de las características del Estándar de Acreditación del Manual de Atención Cerrada.



**Meta:** 100% de cumplimiento en las características obligatorias y 95% cumplimiento características totales.

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Revisión de la vigencia de documentos de calidad y solicitud de actualización de ellos.	1) % de cumplimiento de las características obligatorias	Correo electrónico de solicitud de actualización.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Actualización de documentos de calidad y difusión de ellos.		Protocolos actualizados Correo electrónico		Mensual.
Corte de Autoevaluación del cumplimiento de las características de Acreditación.	Nº de características obligatorias del estándar* que cumplen umbral	Informe de Autoevaluación.		Trimestral.
Realización y difusión de Informe de resultados de Corte de Autoevaluación de Acreditación.	Nº total de características obligatorias del estándar*	Informe de Resultados.		Trimestral.
Evaluación de planes de mejora, en puntos de verificación con características en incumplimiento.	Nº total de características del estándar que cumplen umbral	Resultados de cada corte de autoevaluación.		Trimestral.
Refuerzo y evaluación de características transversales (Gestión de reclamos, accidentes frente a	Nº total de características del estándar	Pautas de evaluación		Jefes/Supervisores/Encargados de Calidad de Servicios/Unidad de Apoyo

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	5 de 7	

material cortopunzante, accidentes frente a derrame de medicamento antineoplásicos, vías de evacuación y zonas de seguridad, lavado de material, activación código azul, manejo ficha clínica, cómo acceder al Comité de ética asistencial y de investigación).		Entregas de dípticos, trípticos, tarjetas recordatorias.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Según corresponda.
		Participación en Inducción de funcionarios del HCM.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Según corresponda.

\*DP 2.1-CAL 1.1- CAL 1.2- GCL 1.1- GCL 1.5-GCL 1.7- GCL 1.11- GCL 1.12- GCL 2.1- GCL 2.2- GCL 3.2- GCL 3.3- AOC 1.1- AOC 1.2- AOC 1.3- RH 1.1- RH 1.2- REG 1.1- EQ 2.1- INS 1.1- APL 1.4- APL 1.5- APF 1.3- APE 1.2- APE 1.3- APD 1.2- APA 1.2- APQ 1.3- API 1.2- APDs 1.2

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	6 de 7	



**OBJETIVO/META/ACTIVIDADES**

**Objetivo 2**  
Implementar el monitoreo y evaluación del desarrollo del mejoramiento continuo de la calidad y seguridad del paciente.

**Meta:** 100% de los Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo(\*) monitorizados en prácticas de riesgo para la seguridad del paciente.

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Definición de prácticas de riesgo para la seguridad del paciente.	% de servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados  $\frac{\text{Nº de servicios clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados} \times 100}{\text{Nº total de Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo(*)}}$	Prácticas de riesgo.		31 de Marzo.
Confección de cronograma anual de actividades de seguimiento.		Cronograma de actividades.		31 de Marzo.
Monitorización del cumplimiento de las prácticas de riesgo en cada Servicio Clínico.		Registro de monitorización.		Según cronograma a partir de Mayo.
Aplicación de pauta de evaluación en prácticas de riesgo del servicio Clínico/Unidad de Apoyo.		Pautas de Supervisión aplicadas.		Según cronograma.
Evaluación de los resultados de la monitorización en los Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo.		Informe de resultados		Según cronograma.
Difusión de los resultados de la monitorización de cada Servicio Clínico/Unidad de Apoyo evaluado.		Lista de asistencia.		Según cronograma.
Implementación y Seguimiento planes de mejora.		Informe de evaluación de Planes de mejora.		Según corresponda.

(\*) 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, Diálisis y Unidad Medicina Ambulatoria.**

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2024	Página	7 de 7	

OBJETIVO/META/ACTIVIDADES					
<b>Objetivo 3:</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> 100% de cumplimiento del plan de mejora de eventos centinelas analizados(*).					
Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo	
Participación y asesoría en los análisis de eventos centinelas.	% de cumplimiento de planes de mejora de eventos centinelas analizados que cumplen con su ejecución.  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.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Según corresponda.	
Elaboración de los planes de mejora.		Plan de mejora elaborado.	Jefe/Encargado CR/Servicio/Unidad.		
Seguimiento del cumplimiento del plan de mejora propuesto.		Plan de mejora ejecutado, según corresponda.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.		
Evaluación de los resultados de la implementación de los planes de mejora en los eventos centinelas analizados.		Informe de resultados.			Trimestral.
Difusión de los resultados.		Lista de Asistencia-correo electrónico.			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 2024.