


	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	1 de 9	

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Elizabeth Chamorro A.	Jefe Depto. Calidad Asistencial	14/01/2025	
	Daniela Sánchez S.	Enfermera Depto. Calidad Asistencial	14/01/2025	
	Mercedes Iglesias M.	Enfermera Depto. Calidad Asistencial	14/01/2025	
Revisado y Autorizado por:	Marcelo Torres M.	Director (S)	22/01/2025	

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	<b>PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025</b>	Página	<b>2 de 9</b>	

## I. INTRODUCCIÓN

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 las actividades propuestas para el 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 2025	Página	3 de 9	

#### 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 2025 en Enero 2026, el cual será revisado y autorizado por el Director del Establecimiento y se realizará difusión presencial de éste en el mes de Marzo 2026.

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



	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	4 de 9	

**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 totales del Estándar de Atención Cerrada.

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Revisión de la vigencia de documentos de calidad y solicitud de actualización a los referentes de los distintos Servicios/Unidades.	1) % de cumplimiento de las características obligatorias	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.	$\frac{\text{Nº de características obligatorias del estándar que cumplen umbral}}{\text{Nº total de características obligatorias del estándar}}$	Protocolos actualizados difundidos a través de correo electrónico.	Supervisores/Jefes de los Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo. Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Mensual.
Corte de Autoevaluación del cumplimiento de las características de Acreditación.	2) % de cumplimiento de las características no obligatorias	Informe de Autoevaluación.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.
Realización y difusión de Informe de resultados de Corte de Autoevaluación de Acreditación.	$\frac{\text{Nº total de características no obligatorias del estándar que cumplen umbral}}{\text{Nº total de características no obligatorias del estándar}}$	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 ENERO - DICIEMBRE 2025</b>	Página	<b>5 de 9</b>	

Evaluación de planes de mejora, en puntos de verificación con características en incumplimiento.	Nº total de características no obligatorias del estándar 1) % de cumplimiento de las características obligatorias	Informe de cumplimiento de plan de mejora en puntos de verificación con características en incumplimiento	Jefe Depto. Calidad Asistencial Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Trimestral.
Reuniones bimestrales con encargados de Círculos de Calidad y Supervisores de los distintos Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo.	Nº de características obligatorias del estándar* que cumplen umbral	1.Acta de reuniones. 2.Listas de asistencia.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Bimestral a partir de Marzo 2025.
Reunión de trabajo con periodista institucional para solicitar elaboración de cápsulas educativas relacionados con temas de seguridad de pacientes. (*)	Nº total de características obligatorias del estándar*	Acta de reunión. Lista Asistencia.	Jefe Depto. Calidad Asistencial Profesionales del Depto. Calidad Asistencial.	Al 31 Marzo 2025.
Elaborar Cápsulas educativas con temas de seguridad de pacientes.	Nº total de características del estándar que cumplen umbral <hr/> Nº total de características del estándar	Cápsulas educativas.	Jefe Depto. Calidad Asistencial. Profesionales del Depto. Calidad Asistencial. Periodista.	Al 30 junio 2025.
Difundir cápsulas educativas con temas de seguridad de pacientes.		1.Correo electrónico 2.WhatsApp institucional.	Periodista Institucional.	Primer y segundo semestre año 2025.
Aplicación de pautas transversales de manejo ficha clínica y accesibilidad a los documentos.		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.

	DEPARTAMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL	Característica	CAL 1.1	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	6 de 9	



**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 las prácticas asistenciales asociadas a la prevención de riesgos para la seguridad del paciente.

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Confección de cronograma anual de prácticas asistenciales asociadas a la prevención de riesgos para la seguridad del paciente <i>(Prevención LPP- Administración medicamentos)</i> .		Cronograma de actividades.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	31 de Marzo.
Monitorización del cumplimiento de las prácticas de riesgo en cada Servicio Clínico <i>(Prevención LPP- Administración medicamentos)</i> .	% de servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados	Informe de monitorizaciones realizadas.		Según cronograma a partir de Mayo.
Aplicación de pauta de evaluación en prácticas de riesgo del servicio Clínico/Unidad de Apoyo.	Nº de Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo monitorizados x 100	Pautas de Supervisión aplicadas.	Jefe Depto. Calidad Asistencial.	Según cronograma.
Evaluación de los resultados de la monitorización en los Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo.	Nº total de Servicios Clínicos/Unidades de Apoyo(*)	Informe de resultados	Profesionales Depto. Calidad Asistencial.	Según cronograma.
Difusión de los resultados de la monitorización por 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 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	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	7 de 9	



**OBJETIVO/META/ACTIVIDADES**

**Objetivo 3:** 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 localmente.

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



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

Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo
Evaluación sistematizada de la indicación de transfusión de componentes sanguíneos.	<b>Indicador 1:</b> % de Indicadores de Seguridad monitorizados.  $\frac{\text{Nº de Indicadores de Seguridad monitorizados}}{\text{Nº total de Indicadores de Seguridad}} \times 100$	Planilla de evaluación.	Médico y Tecnólogo Médico encargados del indicador.	Trimestral.
Evaluación y análisis de re-operaciones quirúrgicas no programadas.		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 de riesgo y aplicación de medidas de prevención de LPP.		Pautas de evaluación.	Enfermeras/Matronas de turno de los Servicios Clínicos.	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	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	8 de 9	

Vigilancia y notificación de manera permanente de caídas.	<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 de manera permanente de eventos adversos/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.		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 Enfermería/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	
	PROGRAMA DE CALIDAD ENERO - DICIEMBRE 2025	Página	9 de 9	

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> 100% de cumplimiento del plan de mejora de eventos centinelas analizados(*).					
Actividad	Indicador	Verificador	Responsable	Plazo	
Capacitación “Fortaleciendo la Seguridad: Estrategias para 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 29 Agosto 2025.	
Participación y asesoría en los análisis de eventos centinelas.		Lista de asistencia del análisis.	Jefe/Encargado Círculo Calidad. CR/Servicio/Unidad.	Realizar de acuerdo a la ocurrencia de eventos.	
Elaboración de los planes de mejora.		Plan de mejora elaborado en sistema de Notificación de Eventos (NEA).			
Seguimiento del cumplimiento del plan de mejora propuesto.		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.	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 de la implementación de los planes de mejora en los eventos centinelas analizados.			Informe de resultados.		
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 2025.