



RESOLUCION EXENTA N°

186

CORONEL, 16 FEB. 2023

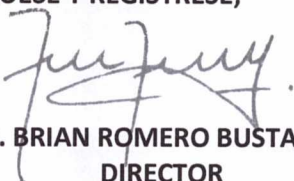
VISTOS: DFL N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido coordinado y sistematizado el DL 2763 del 1979 y de las leyes N° 18.933 Y N° 18.469; Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud, Resolución 6/2019 de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta RA N° 835/761/2021, de fecha 08 de noviembre de 2021, que nombra Director ADP del Hospital de Coronel, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1. **APRUEBASE;** En el Hospital San José de Coronel **PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023;** contar del 01 de Enero de 2023, para dar cumplimiento a característica CAL 1.1 del Estándar de Acreditación en Salud en Atención Cerrada.

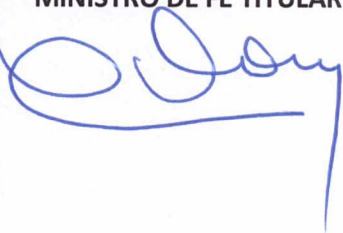
ANOTESE, COMUNIQUESE Y REGISTRESE;




SR. BRIAN ROMERO BUSTAMANTE
DIRECTOR
HOSPITAL DE CORONEL

Lo que transcribo a usted para su conocimiento y fines que estime convenientes;




EFIGENIA LUNA NEIRA
MINISTRO DE FE TITULAR

DR.LDLS/EU.KJM/gac.-
Resolución Interno N°03/2023

Distribución:

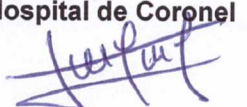

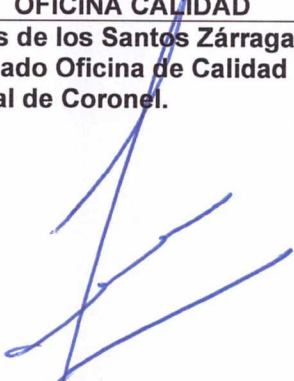

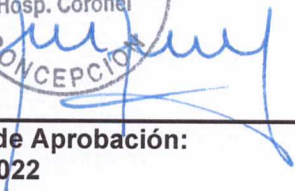
- ✓ Director
- ✓ Subdirección Médica
- ✓ Subdirector Adm.
- ✓ Encargada Gestión del Cuidado
- ✓ Encargado Oficina de Calidad
- ✓ Oficina de Partes




**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
 Realizado por: Oficina de Calidad
 Fecha Aplicación: 01/01/2023
 Vigencia máxima: 31/12/2023
 Número de Páginas: 21

**PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023
CAL 1.1**

ELABORADO POR:	APROBACIÓN OFICINA CALIDAD	APROBACIÓN DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
Karen Jerez Montalba Enfermera Oficina de Calidad Hospital de Coronel  Sra. Geraldine Alegría Cárdenas Integrante Oficina de Calidad Hospital de Coronel 	Dr. Luis de los Santos Zárraga Encargado Oficina de Calidad Hospital de Coronel. 	Sr. Brian Romero Bustamante Director Hospital de Coronel.  
Fecha de Redacción: 27/12/2022	Fecha de Aprobación: 29/12/2022	Fecha de Aprobación: 30/12/2022

 <p>OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</p>	<p>PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1</p>	<p>Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21</p>
---	--	--

1) INTRODUCCION

Dentro del mejoramiento continuo de la calidad en el hospital San José de Coronel, la oficina de calidad es la responsable de elaborar un programa de actividades para el año 2023 basado en la Reforma de Salud orientada a mantener la Acreditación en Salud e instaurar una cultura de calidad en la institución.

Este Establecimiento define las dimensiones de la calidad dando relevancia a la seguridad de los pacientes en los procesos clínicos asistenciales, apoyo clínico y administrativos, incorporando además la satisfacción de los usuarios, la que se realiza a través de la evaluación y monitoreo del cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales.


2) OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer un conjunto de estrategias que permitan entregar a los usuarios del Hospital de Coronel Prestaciones de Salud Seguras, Oportunas y de Calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer estrategias que garanticen la Calidad y Seguridad de la Atención de Salud.
2. Mantener la reacreditación en salud.
3. Capacitar en temas pertinentes para un óptimo desempeño organizacional orientado a la calidad y seguridad de la atención del paciente.
4. 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 adversos y/o centinelas.
5. Notificar en forma oportuna brotes de IAAS.
6. Notificar en forma oportuna Brotes no IAAS.
7. Notificar Brotes prolongados, repetidos o que reaparezcan.

 <p>OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</p>	<p>PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1</p>	<p>Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21</p>
---	--	--

3) ALCANCE



Todos los funcionarios que participan directa o indirectamente en las actividades definidas en el Programa de Calidad.

4) RESPONSABLES

- Director
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Encargados de Calidad de los Servicios Clínicos y Unidades
- Jefes de Servicios Clínicos y Unidades
- Funcionarios de Hospital San José de Coronel

Definiciones

- a) Calidad de salud:** La podemos definir como la entrega de servicios que satisfacen las expectativas y necesidades de los actores involucrados en los procesos de atención en salud.
- b) Seguridad del paciente.** Es un concepto que necesariamente involucra desarrollar en forma pro-activa los procesos de gestión de riesgos y pone énfasis en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.
- c) Calidad de la atención:** Según la OMS calidad es asegurar que cada paciente reciba los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para una atención óptima, considerando los factores del paciente y los conocimientos médicos con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente.
- d) Evento adverso:** Daño en el paciente relacionado con la atención médica o como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos., más que por enfermedades subyacentes del propio paciente.
- e) Evento centinela:** se entiende como un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

 <p>Hospital San José Ministerio de Salud</p>	 <p>ACREDITADO DE CALIDAD</p>	PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1	Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21
OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE			

5) DESARROLLO

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD	
OBJETIVO N°1	
Establecer estrategias que garanticen la Calidad y Seguridad de la Atención de Salud.	
Meta	Mantener monitorizado el 100% de los Indicadores de Seguridad (Anexo N°1) y de Gestión de Calidad (Anexo N°2) definidos por el Establecimiento.
Actividades	1. Asesorar y recepcionar las metas de calidad propuestas por los Servicios Clínicos y Unidades. Periodicidad: Anual
	2. Seguimiento y evaluación de los Indicadores de Seguridad establecidos por MINSAL a través de recepción de informes de cada Servicio y/o Unidad. Periodicidad: Trimestral
	3. Monitorizar los Indicadores de seguridad establecidos por MINSAL (SICARS), evaluación según corresponda. Periodicidad: Mensual
	4. Seguimiento de evaluaciones según corresponda de los Indicadores de calidad ingresados por los servicios y unidades al programa SISQ. Periodicidad: Trimestral
	5. Monitorizar los indicadores de Seguridad y Gestión de Calidad con incumplimiento de los servicios y/o unidad la elaboración y ejecución de planes de mejora. Periodicidad: Mensual
	6. Evaluar el cumplimiento de los planes de mejora. Periodicidad: Mensual
	7. Supervisar en terreno que se cumpla con la seguridad y calidad del paciente de acuerdo a normas y protocolos establecidos; con una visita semanal en los diferentes servicios y/o unidades. Periodicidad: Semanal
	8. Informe de Análisis de los resultados obtenidos de los Indicadores de Seguridad y de Gestión de Calidad a Dirección del Establecimiento. Periodicidad: Semestral
Responsable	Oficina de Calidad, Encargados calidad de los Servicios Clínicos y Unidades.
Indicador N°1	N° de Indicadores de Seguridad monitorizados que cumplen con informe x100 N° Total de Indicadores de seguridad monitorizados
Periodicidad	Trimestral
Indicador N°2	N° de Indicadores de Gestión de Calidad monitorizados que cumplen con el informe x 100 N° Total de Indicadores de Gestión de Calidad monitorizados
Periodicidad	Semestral



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD	
OBJETIVO N°2	
Mantener reacreditación en salud.	
Meta	Mantener un cumplimiento del 100% de las Características Obligatorias y 100% de las características totales.
Actividades	1. Confección de plan de trabajo de las actividades de seguimiento. Periodicidad: Anual
	2. Revisión de vigencia de documentación requerida por servicio y unidad a través de exigencia de pauta maestra actualizada. Periodicidad: Anual
	3. Verificar evidencia en los servicios clínicos y unidades a través de revisión de pauta de cotejo. Periodicidad: Semestral
	4. Difusión de información a los funcionarios con temas relevantes de Acreditación a través de trípticos y otros medios de difusión. Periodicidad: Semestral
	5. Realizar autoevaluación Periodicidad: Anual
	6. Reunión con encargados de calidad de los Servicios Clínicos y Unidades Periodicidad: Semestral
Responsable	Oficina de Calidad, Encargado de Calidad de los Servicios Clínicos y Unidades.
Indicador N°1	N° de Características Obligatorias que aplican y cumplen x 100 N° Total de Características Obligatorias que aplican
Periodicidad	Anual
Indicador N°2	N° de Características No Obligatorias que aplican y cumplen x 100 N° Total de Características No Obligatorias que aplican
Periodicidad	Anual



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD

OBJETIVO N°3

Capacitar en temas pertinentes para un óptimo desempeño organizacional orientado a la calidad y seguridad de la atención del paciente.

Meta	Lograr que a lo menos el 80 % de los funcionarios asistenciales de los Servicios Clínicos y de apoyo estén capacitados en temas de calidad y Seguridad de la atención del paciente desde el año 2019 a la fecha.
Actividades	1. Incluir en el PAC del Establecimiento 1 actividades en el año. Periodicidad: Anual
	2. Participar en la selección de los cursos año 2023, relacionados con la Calidad y Seguridad de la atención del paciente. Periodicidad: Anual
	3. Monitorear que se cumplan los criterios de pertinencia Periodicidad: Semestral
	4. Participar en el proceso de selección de los funcionarios asistenciales que se capaciten. Periodicidad: Semestral
	5. Reporte de los funcionarios capacitados. Periodicidad: Semestral
Responsable	Oficina de Calidad, Encargada de Capacitación.
Indicador	N° de funcionarios asistenciales capacitados en temas de Calidad y Seguridad del paciente. x 100
	N° Total de funcionarios asistenciales.
Periodicidad	Semestral



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD

OBJETIVO N°4

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 Adversos y/o Centinela.

Meta	Monitorear el cumplimiento del reporte y vigilancia de Eventos Adversos y/o Centinela ocurridos en el Establecimiento.
Actividades	1. Reforzar la socialización del protocolo de Evento Adversos y/o Centinela.
	2. Vigilar que se ejecuten las medidas establecidas en el protocolo frente a una notificación de Evento Adverso y/o Centinela.
	3. Mantener un registro actualizado de los reportes notificados de Eventos Adverso y/o Centinela según corresponda. Periodicidad: Inmediata
	4. Informar los Eventos Centinela a Dirección. Periodicidad: Inmediata
	5. Informar los eventos adversos a Dirección. Periodicidad: Mensual
	6. Requerir Implementar plan de Mejora según riesgo del evento adverso y/o centinela. Periodicidad: inmediato
	7. Monitorear el cumplimiento de plan de mejora generados por los Servicios Clínicos y Unidades. Periodicidad: De acuerdo a plan de Mejora
Responsable	Director, Oficina de Calidad, Jefes de Servicios y Unidades.
Indicador N°1	N° de Notificación de reporte de Evento Adverso y/o Centinela que cumplen con las medidas establecidas en protocolo x 100
	N° Total de Notificación de Evento Adverso y/o Centinela
Periodicidad	Mensual
Indicador N°2	N° planes de mejora Monitorizados que cumplen x 100
	N° Total planes de mejora implementados
Periodicidad	Mensual



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD

OBJETIVO N°5

Notificar brotes de IAAS

Meta

Cumplir con el 90% de los brotes detectados, notificados en forma oportuna.

Actividades

1. Notificar Brotes de IAAS en forma oportuna, a través de correo desde Hospital de Coronel y/o ingresado a la plataforma SICARS aquellos brotes en los cuales el tiempo transcurrido entre la identificación del caso índice y la fecha de notificación es igual o menor a 5 días corridos.
2. Informe de oportunidad de notificación de brotes IAAS de la institución según corresponda, según formato que entrega el instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red 2023 (EAR).
3. Registrar en SIS-Q
Periodicidad: Trimestral, en caso de no ocurrencia registrar N/A mensual.

Responsable

Sub director médico, Equipo PCI

Indicador N°1

N° de Brotes de IAAS notificados en forma oportuna x 100
N° total de Brotes de IAAS notificados

Periodicidad

Anual



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD

OBJETIVO N°6

Contribuir a la mejora del nivel de salud de la población a través de la promoción de la calidad de la atención y seguridad del paciente

Meta	Cumplir con el 90% de los brotes no IAAS detectados, notificados en forma oportuna.
Actividades	1. Notificar Brotes no IAAS en forma oportuna, a través de correo desde Hospital de Coronel y/o ingresado a la plataforma SICARS aquellos brotes en los cuales el tiempo transcurrido entre la identificación del caso índice y la fecha de notificación es igual o menor a 5 días corridos.
	2. Informe de oportunidad de notificación de brotes no IAAS de la institución según corresponda, según formato que entrega el instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red 2023 (EAR)
	3. Registrar en plataforma SIS-Q Periodicidad: Trimestral, en caso de no ocurrencia registrar N/A mensual.
Responsable	Sub director médico, Equipo PCI, Delegada de epidemiología, Unidad salud ocupacional/Salud del personal
Indicador	N° de Brotes de no IAAS notificados en forma oportuna x 100
	N° total de Brotes de no IAAS notificados
Periodicidad	Anual



OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

OBJETIVO / META / ACTIVIDAD

OBJETIVO N°7

Contribuir a la mejora del nivel de salud de la población a través de la promoción de la calidad de la atención y seguridad del paciente

Meta	Cumplir la normativa de supervisión de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen
Actividades	1. Informe de cumplimiento de normativa de supervisión de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen y de su correspondiente supervisión en la institución, según normativa vigente (circular C13 N°1 de 16 enero 2015)
	2. Contar con un informe que señale el listado con el N°total de brotes prolongados, repetidos o que reaparecen en la institución.
	3. Indicar cuál de estos brotes prolongados tienen supervisión externa (realizada por profesionales que no sean de la unidad de IAAS de la institución) dirigidos por el subdirector/a medica del establecimiento de salud.
	4. Informe con verificación del cumplimiento de medidas indicadas por el Programa de IAAS local/Informe de cumplimiento de las medidas indicadas por Programa de Calidad de IAAS se ajustan a indicaciones existentes en normativas (de existir)
	5. Registrar en plataforma SIS-Q, para EAR Periodicidad: Semestral, resto de meses registrar N/A mensual
Responsable	Sub director médico, Equipo PCI
Indicador	N° de Brotes prolongados, repetidos o que reaparecen con supervisión realizada de acuerdo a normativa x 100
	N° total de Brotes pesquisados prolongados, repetidos o que reaparecen
Periodicidad	Anual





**OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

**Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21**

6. Evaluación

Se realizará una evaluación anual a través de la verificación del cumplimiento de los indicadores definidos para cada uno de los objetivos propuestos y se concluirá con un análisis global.

		<p align="center">PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1</p>	<p>Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21</p>
--	--	---	---

ANEXO N°1
INDICADORES DE SEGURIDAD

NOMBRE DE PROTOCOLO	NUMERADOR	DENOMINADOR	UMBRAL	PERIODICIDAD	PUNTO DE VERIFICACION
Prevención ETE	N° de Pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo ETE	N° Total de pacientes quirúrgicos hospitalizados	90%	Trimestral	Unidad de Pabellón
Prevención ETE	N° de Pacientes operados con riesgo de ETE que tienen medidas de prevención	N° Total de pacientes operados con riesgo ETE	90%	Trimestral	Unidad de Pabellón
Aplicación de lista de chequeo	N° de Pacientes operados en que se aplicó Lista de Chequeo	N° Total de pacientes Operados	95%	Trimestral	Unidad de Pabellón
Análisis de reoperaciones	N° de pacientes reoperaciones no programadas	N° total de pacientes operados	100%	Trimestral	Unidad de Pabellón, Servicio de Cirugía y Ginecología
Análisis de reoperaciones	N° de reoperaciones no programadas analizadas en reunión	N° total de reoperaciones no programadas	100%	Trimestral	Unidad de Pabellón, Servicio de Cirugía y Ginecología
Prevención de UPP	N° de pacientes con riesgo de desarrollar UPP que están con las 2 medidas de prevención.	N° total de pacientes con riesgo	85%	Trimestral	Servicio Medicina y Cirugía
Prevención de UPP	N° de pacientes con aplicación de escala de evaluación de riesgo antes de completar 48 hrs. desde su ingreso al servicio	N° total de pacientes ingresados al servicio	85%	Trimestral	Servicio Medicina y Cirugía
Incidencia de caídas	N° de Pacientes Hospitalizados que sufren caídas	N° de días Camas Ocupadas	85%	Trimestral	Servicios: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría




**OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

**Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21**

	Nº de pacientes transfundidos según Protocolo	Nº Total de pacientes Transfundidos	90%	Trimestral	Unidad Medicina Transfusional
Transfusiones indicadas según protocolo	Nº de unidades transfundidas según protocolo	Nº Total de unidades Transfundidas	90%	Trimestral	Unidad Medicina Transfusional
Mantenimiento preventiva de equipos	Nº de Equipos en Mantenimiento Crítico según protocolo	Nº total de Equipamiento Crítico observado.	100%	Semestral	Servicios Generales

 <p>Ministerio de Salud OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1</p>	<p>Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21</p>
---	--	---

**ANEXO N°2
INDICADORES DE GESTION DE CALIDAD**

CARACTERISTICA	NOMBRE DE PROTOCOLO	NUMERADOR	DENOMINADOR	UMBRAL	PERIODICIDAD	PUNTO DE VERIFICACION
DP 2.1	Consentimiento informado	N° de pacientes con consentimiento informado que cumplen datos mínimos según protocolo.	N° Total de pacientes con consentimiento informado observado.	85%	Trimestral	Dirección
AOC 1.2	Categorización de la demanda en la UEH	Número de pacientes categorizados al ingreso a UEH.	Total, de consultas de urgencia en UEH.	80%	Mensual	Urgencia
AOC 1.3	Respuesta de exámenes en situaciones de riesgo laboratorio clínico	N° de exámenes que siguen el protocolo definido para situación de riesgo	N° Total de exámenes cuyo resultado se encuentra definido para situación de riesgo.	95%	Trimestral	Apoyo laboratorio, Apoyo Imagenología Apoyo Anatomía Patológica
AOC 1.3	Notificación de resultados críticos de la unidad de imagenología	N° Resultados críticos de imagenología notificados de acuerdo a protocolo.	N° Resultados críticos imagenológicos observados.	90%	Trimestral	Apoyo laboratorio, Apoyo Imagenología Apoyo Anatomía Patológica
AOC 1.3	Notificación de resultados críticos de la unidad de biopsia	N° Biopsias de notificación urgente notificadas según protocolo.	N° Total de biopsias notificadas.	90%	Trimestral	Apoyo laboratorio Apoyo Imagenología Apoyo Anatomía Patológica
RH 3.1	Competencia IAAS y RCP	N° de capacitados en IAAS y RCP	N° Total de funcionarios a capacitar.	80%	Semestral	Dirección, Medicina, Cirugía, Neonatología, Pediatría, Urgencia, Pabellón, Maternidad, Apoyo Imagenología y Dental
RH 4.3	Inmunización del personal hepatitis b	N° Total de funcionarios en riesgo vacunados contra hepatitis b	N° Total funcionarios definidos en riesgo en el periodo.	85%	Semestral	Dirección



OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

**Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21**

	Immunicación del personal	N° Total de funcionarios a los que se aplicó la vacuna contra la influenza en el periodo.	N° Total funcionarios existentes en el periodo.	85%	Semestral	Dirección
RH 4.3						
GCL 1.1	Evaluación preanestésica	N° de pacientes con cirugía programada y partos con evaluación preanestésica según protocolo.	N° Total de pacientes con cirugía programada y partos observado.	90%	Trimestral	Pabellón
GCL 1.1	Evaluación Preanestésica en cirugía mayor ambulatoria	N° de pacientes con cirugía mayor ambulatoria programada con evaluación anestésica según protocolo	N° Total de pacientes cirugía mayor ambulatoria programada observada.	90%	Trimestral	Pabellón CAM
GCL 1.1	Evaluación Pre anestésica en Cirugía Gineco Obstétrica.	N° de pacientes con cirugía gineco obstétrica programada con evaluación preanestésica	N° total de pacientes con cirugía gineco obstétrica programada observada.	90%	Trimestral	Pabellón y Ginecología
GCL 1.2	Instalación catéter venoso periférico.	N° total de instalación de catéter venoso periférico realizado según norma	N° total de instalación de catéter venoso periférico observado.	85%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia, Pabellón, Maternidad y Neonatología
GCL 1.2	Técnica de Inmunizaciones	N° total de vacunas que se administran con técnica de inmunización de acuerdo a protocolo en un periodo determinado.	N° Total de vacunas que se administran en un periodo.	90%	Semestral	Vacunatorio
GCL 1.2	Mantenimiento de Cadena de Frio	N° Total de procedimientos de mantenimiento de cadena de frio de acuerdo a protocolo	N° Total de procedimientos de cadena de frio en un periodo determinado	90%	Semestral	Vacunatorio
GCL 1.3	Evaluación y manejo del dolor Pabellón	N° total de pacientes operados con evaluación y manejo del dolor agudo según norma.	N° Total de pacientes operados observados	90%	Trimestral	Pabellón



OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

GCL 1.3	Evaluación y manejo del dolor cirugía	N° Total de pacientes operados de cirugía general con evaluación y Manejo del dolor agudo según norma	N° Total de pacientes operados de cirugía general Observados	90%	Trimestral	Cirugía			
GCL 1.3	Evaluación y manejo del dolor Gineco Obstetricia	N° Total de pacientes operados de Gineco Obstetricia con evaluación manejo del dolor agudo según norma	N° Total de pacientes operados de Gineco obstetricia observados	90%	Trimestral	Obstetricia y Ginecología			
GCL 1.6	Indicación de cesárea	N° de cesáreas que cumplen con indicación según protocolo	N° Total de cesáreas observadas	85%	Trimestral	Ginecología			
GCL 1.7	Criterio de indicación médica de transfusión de Hemocomponentes.	N° de pacientes transfundidos con glóbulos rojos según protocolo por servicios clínicos.	N° Total de pacientes transfundidos con glóbulos rojos por servicio Clínico. -	90%	Trimestral	Urgencia y Pabellón.			
GCL 1.9	Contención física	N° de pacientes que no sufren caída estando contenidos	N° Total de pacientes contenidos	90%	Trimestral	Urgencia y Medicina			
GCL 1.11	Procedimiento de toma, registro, rotulación, traslado, recepción y rechazo de Biopsia.	N° de solicitudes de biopsia que cumple datos mínimos según protocolo	N° Total de solicitudes de biopsia observada	85%	Trimestral	Apoyo Anatomía Patológica y Pabellón			
CCL 1.12	Identificación de Pacientes	N° de Pacientes identificados según protocolo	N° Total de pacientes observados	100%	Trimestral	Medicina, Pediatría Pabellón y Neonatología			
GCL 1.13	Manejo de Terapia Anticoagulante Oral	N° de pacientes usuarios de TACO que se ajusta a la norma	N° de pacientes usuarios de taco	85%	Semestral	Dirección			
GCL 2.1	Aplicación Lista de Chequeo de Cirugía Segura	N° de pacientes con lista de chequeo aplicada	N° Total de pacientes sometido a intervención quirúrgica mayor	95%	Trimestral	Dirección, Pabellón y Cirugía			
GCL 2.2	Prevención UPP	N° de pacientes con riesgo de presentar UPP con medidas de prevención según protocolo	N° de pacientes con riesgo de presentar UPP	85%	Trimestral	Medicina, Cirugía y Pediatría			



OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

GLC 2.2	Prevención de Caídas	Número de pacientes con riesgo de caídas con medidas aplicadas según riesgo	Número total de pacientes con riesgo de caídas	85%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia y Maternidad				
GLC 2.2	Prevención de Error en la Medicación	N° de pacientes con Administración de medicamentos que cumplen con pauta según protocolo	N° total de pacientes con Administración de medicamentos con pauta aplicada	80%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia y Maternidad.				
GCL 3.2	IAAS Vigiladas	N° de indicadores de IAAS vigiladas según normativa nacional.	N° Total indicadores de IAAS vigiladas.	Según norma	Trimestral	Unidad de IAAS				
GCL 3.3	Lavado de Manos	N° de lavado de manos realizado según norma	N° total de lavado de manos observado	85%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia, Pabellón, Maternidad, Neonatología y Dental				
REG 1.2	Sistema Estandarizado de registros Clínicos en Urgencia	N° de DAU con contenidos mínimos de acuerdo a la norma	N° total de DAU evaluados	80%	Trimestral	Urgencia				
REG 1.2	Sistema Estandarizado de Registro Clínicos	N° de pacientes con epicrisis con contenidos mínimos presente al egreso	N° total de pacientes evaluados con epicrisis	80%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría y Maternidad				
REG 1.2	Sistema Estandarizado de Registros Clínicos en Pabellón	N° de pacientes que cuentan con protocolo anestésico con sus contenidos mínimos de acuerdo a protocolo	N° total de pacientes evaluados con protocolo anestésico	80%	Trimestral	Pabellón				
REG 1.3	Entrega de Información al Paciente	N° de pacientes que cumplen con protocolo de egreso por Servicio Clínico	N° Total de egresos por Servicio Clínico	80%	Trimestral	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia, Pabellón, Maternidad, Dental, Neonatología, Urgencia, apoyo Imagenológico				
REG 1.4	Manejo de historias clínicas	N° de historias clínicas entregadas a los Servicios /Policlinicos dentro de los tiempos establecidos en la norma	N° Total de historias clínicas entregadas a los servicios y policlinicos	80%	Semestral	Archivo				
APL 1.2	Rechazo de exámenes de laboratorio.	N° de muestras del Servicio Clínico rechazadas en Laboratorio	N° de muestras del Servicio Clínico recibidas en el Laboratorio	6%	Mensual	Medicina, Cirugía, Pediatría, Urgencia, Policlínico y Toma de Muestra				




**OFICINA DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

**Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21**

APL 1.3	Entrega de exámenes bioquímicos críticos bioquímico.	N° de exámenes procesados en tiempo menor a 90 minutos	N° total de exámenes provenientes de unidades críticas	90%	Trimestral	Laboratorio				
APL 1.3	Entrega de exámenes hematología críticos.	N° de exámenes procesados en tiempo menor a 90 minutos	N° total de exámenes provenientes de unidades críticas	90%	Mensual	Laboratorio				
APL 1.3	Entrega de exámenes microbiología críticos.	N° de exámenes procesados en tiempo menor a 90 minutos	N° total de exámenes provenientes de unidades críticas	90%	Mensual	Laboratorio				
APF 1.4	Despacho de medicamentos e insumos	N° de recetas despachadas de manera correcta según pauta	N° total de recetas despachadas observadas	85%	Trimestral	Farmacia				
APF 1.4	Rotulación y Envasado de medicamentos e insumos	Cantidad de medicamentos con rotulación según protocolo	Cantidad de medicamentos despachados	85%	Trimestral	Farmacia				
APF 1.4	Reposición de Stock Mínimo de la Unidad de Farmacia	N° de ítems de medicamentos que si cumplen con el stock mínimo al momento del inventario	N° de ítems de medicamentos total de la muestra.	80%	Trimestral	Farmacia				
APF 1.5	Porcentaje de notificación de reacciones adversas.	N° de notificaciones emitidas espontáneamente informadas al ISP.	N° de notificaciones totales emitidas.	70%	Semestral	Farmacia				
APF 1.5	Norma de Almacenamiento y Conservación de Medicamentos e Insumos.	N° de servicios y unidades que cumplen con conservación de medicamentos e insumos.	N° total de servicios y unidades que cumplen con almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos	75%	Semestral	Farmacia				
APE 1.3	Traslado de material contaminado a central de esterilización externa.	N° de traslados de material contaminado a central de esterilización externa según protocolo.	N° Total de traslados de material contaminado a central de esterilización externa.	90%	Trimestral	Esterilización				
APE 1.4	Almacenamiento de material estéril.	N° de Almacenamiento de material estéril por Servicio Clínico y Unidad que cumplen con el protocolo.	N° total de almacenamiento del material estéril por Servicio Clínico y Unidad.	90%	Trimestral	Esterilización				

 OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2023 CAL 1.1		Característica: CAL 1.1 Realizado por: Oficina de Calidad Fecha Aplicación: 01/01/2023 Vigencia máxima: 31/12/2023 Número de Páginas: 21		
APA 1.2	Evaluación de solicitud de biopsias.	N° de solicitudes de biopsias que cumplen datos mínimos según protocolo.	N° total de solicitudes de biopsias observadas	85%	Trimestral	Dirección
API 1.2	Evaluar el cumplimiento del protocolo prevención de Eventos Adversos Asociados al Uso de Medio Contraste.	N° de pacientes que se les realiza Scanner con Medio de contraste con encuesta aplicada.	N° Total de pacientes con Scanner con Medio Contraste	90%	Trimestral	Imagenología.
API 1.3	Información al usuario en la unidad de Imagenología.	N° de pacientes que se les entrega información de acuerdo a protocolo.	N° total de pacientes atendidos en la unidad.	90%	Trimestral	Imagenología, Medicina y Urgencia
APK 1.2	Tratamiento de kinesioterapia respiratoria.	N° de pacientes que cumplen requisito de preparación para kinesioterapia de acuerdo a la norma.	N° total de pacientes con pautas aplicadas.	85%	Trimestral	Medicina, Pediatría y Apoyo Kinesioterapia
APK 1.3	Contraindicación para ejecución de procedimiento de fisioterapia.	N° de pacientes con fisioterapia que cumplen con medidas preventivas de acuerdo a protocolo.	N° total de pacientes con fisioterapia	85%	Semestral	Apoyo Kinesioterapia



**PROGRAMA DE CALIDAD
AÑO 2023
CAL 1.1**

Característica: CAL 1.1
Realizado por: Oficina de Calidad
Fecha Aplicación: 01/01/2023
Vigencia máxima: 31/12/2023
Número de Páginas: 21

**REGISTRÓ DE TOMA DE CONOCIMIENTO
PROGRAMA DE CALIDAD 2023**

1. Tengo conocimiento del Programa de Calidad 2023 del Hospital de Coronel.
2. He leído y conozco dicho programa.

NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA

