

 Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD 2024		
	FECHA 02/2025	VIGENCIA 1 año	N° PÁGINAS 31



Revisado Por:	Aprobado Por:
 Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 26-02-2025 16:51 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	 Firmado por: Patricio Raúl Barría Ailef Director Huap Fecha: 28-02-2025 16:43 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo a la Ley N° 19.979.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento, ingrese al siguiente link:

<https://doe.digital.gob.cl/validador/RPTQWV50943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 2 de 31

Introducción.....	.3
II. Evaluación Metas de Calidad.....	3
Unidad Emergencia Hospitalaria (UHE).....	4
Unidad de Paciente Critico 1° piso.....	5
Unidad de Paciente critico Quemados.....	6
Unidad de Cuidados Intensivos Valech.....	8
Unidad de Tratamiento Intensivo 5° piso.....	9
Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico (UCM 1º Piso)	11
Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico (UCM 3º Piso).....	12
Unidad Cuidados Medios médico- Quirúrgico (UCM 4º Piso)	15
Unidad Cuidados Medios Médicos (UCM 6º Piso)	17
Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico (CAPC).....	18
Unidad Pabellón.....	19
Unidad de Angiografía.....	20
Unidad de Endoscopia.....	21
Servicio Esterilización.....	22
Unidad Rehabilitación y Medicina Física	23
Servicio Imagenología.....	24
Servicio Laboratorio.....	25
Servicio Banco de Sangre.....	26
Servicio Anatomía Patológica.....	27
Servicio Farmacia.....	28
Servicio Dental	29



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 3 de 31

I. INTRODUCCIÓN

Las metas de Calidad son herramientas de Gestión de la Calidad que impactan en un mejor desempeño del Sistema y en la Salud de nuestros usuarios.

El desarrollo de la Gestión de la Calidad en las Instituciones de Salud implica organizar y estructurar el trabajo para cumplir los logros colectivos de la organización de una manera efectiva y segura.

Las Metas de Calidad se planifican y desarrollan en conjunto, tanto por el equipo de los servicios clínicos y servicios de apoyo, como la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y participan durante toda la gestión de la meta, tanto los jefes de servicio, supervisores, encargados de Calidad como el personal de cada Unidad.

A continuación, se presentan la evaluación de las metas de Calidad enunciadas por los Servicios Clínicos y de Apoyo, trabajadas en conjunto con la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente correspondientes al año 2024.

II. EVALUACIÓN DE METAS DE CALIDAD



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 4 de 31

UNIDAD: EMERGENCIA HOSPITALARIA

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: E. U PATRICIA RAMIREZ, REFENTE DE CALIDAD.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento de Registro de plan de atención de enfermería en pacientes hospitalizados mayor a 24 horas en UEH	95%	71%	EU Referente de calidad UEH	1.- Revisión de fichas de acuerdo al calendario mensual. 2.- Capacitaciones mensuales de registro clínico. 3.- Inducción de EU nuevos. 4.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora. 5.- Actualización y estandarización de hoja de enfermería para pacientes hospitalizados en UEH.	La implementación de la hoja de enfermería actualizada, se realizará en primer trimestre de 2025. Se continuará midiendo meta de calidad para año 2025
Aumentar cumplimiento de la administración segura de medicamentos, según protocolo.	95%	74%	EU Referente de calidad UEH	1.- Aplicación de pautas de administración de medicamentos periodo establecido. 2.- Supervisión diaria de cumplimiento de los 10 correctos de manera incidental. 3.- Capacitación de errores de medicación en la UEH, realizado por EU clínica del servicio. 4.- Impresión de cartel 10 correctos que se deja en áreas clínicas. 5.- Se refuerza en reuniones la importancia de la revisión de los 10 correctos.	Se modifica meta de calidad para año 2025



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	Vigencia: 1 año
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 5 de 31

UNIDAD: UNIDAD PACIENTE CRITICO (UPC 1° PISO).

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: E.U PAULINA GONZALEZ, REFENTE DE CALIDAD.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Mejorar cumplimiento de criterios de mantención de CVC/PICCLINE según protocolo institucional en UPC 1°PISO	>80%	70%	EU Paulina Gonzalez A.	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión frecuente sobre Bundle de mantención. -Medición de indicador mediante evaluación de cumplimiento de Bundle de mantención de CVC/PICCLINE, en todos los pacientes que posean el dispositivo el día de medición. -Medición mediante prevalencia mensual. 	Dado que no se alcanza el cumplimiento, se decide mantener meta para año 2025.
Asegurar el cumplimiento de la norma de aseo hospitalario en UPC 1°Piso	90%	65%	EU. Paulina Gonzalez A.	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitación de la norma aseo hospitalario en conjunto con IAAS. (adjunto toma de conocimiento de asistencia a capacitación). -Actividad de simulación coordinada con equipo de docencia, dirigida a auxiliares “entrenamiento de aseo hospitalario”. Adjunto programa y actas . -Supervisión activa con pauta de aseo de hospitalario. -Medición mediante prevalencia mensual, a 2 aseos de unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Existe una alta frecuencia de cambio de auxiliares de servicio y dado que no se alcanza el cumplimiento, se decide mantener meta para año 2025.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	Vigencia: 1 año
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 6 de 31

UNIDAD: UNIDAD PACIENTE CRITICO (UPC QUEMADOS)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: ENCARGADA DE CALIDAD YANET BADILLA GALAZ Y SUPERVISORA PAMELA ORELLANA GUERRA

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir incidencia de lesiones por presión LPP en pacientes hospitalizados en UPC Quemados	< 18%	10.5%	Encargada de calidad. Supervisora UPC Quemados	1.- Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual GCL 2.2 2.- Revisión diaria de registros clínicos y seguimiento de LPP 3.- Notificación de eventos adversos por LPP. 4.- Supervisión activa de los cambios de posición cada 2 horas por EU supervisor, continuidad, jefe de turno y clínicos. 5.-Supervisión el plan de enfermería acorde la evaluación de escala de Braden. 6.- Capacitación a Eu. de registros clínicos LPP. 7.- Incorporación de registro de Google drive de seguimiento de LPP. 7.- Capacitación a Eu. de registros clínicos LPP norma técnica 234.	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	Vigencia: 1 año
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 7 de 31

Disminuir tasa neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) de acuerdo al estándar nacional (MINSAL)	< 9%	10.9%	Encargada de calidad. Supervisora UPC Quemados	1.-Supervisión diaria de la aplicación de los Bundles de prevención de NAVM. 2.- Supervisión de los 5 momentos de Higiene de Manos a través de la pauta de oportunidad de higiene de manos. 3.-Supervisión de la técnica de Higiene de Manos a través de pauta y retroalimentación al personal. 4.- Reuniones frecuentes con el equipo de IAAS. 5.- Capacitación al personal que se incorporó al servicio quemados por parte de IAAS. 6.-Capacitación al personal de prevención de NAVM. 7.- Supervisión diaria de los pacientes. 8.- Visita semanal en conjunto con IAAS.	
---	------	-------	---	---	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 8 de 31

UNIDAD: CUIDADOS INTENSIVOS (UCI VALECH)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: EU. ESP. DANilo GONZALEZ DIAZ – EU. ESP. NICOLE PALMA ASTORGA.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aumentar la oportunidad del registro de aseo bucal en pacientes con ventilación mecánica en UCI Valech	90%	100%	EU. Esp. Danilo Gonzalez Díaz – EU. Esp. Nicole Palma Astorga	1. Supervisión de BUNDLES de VMI y correlación con el cuidado de enfermería planificado (Aseo de cavidades c/ 6 hrs). 2. Recapacitación de correcta técnica de aseo bucal. 3. Supervisión a funcionarios de Técnica bucal. 4. Reforzar actividades de prevención de NAVM.	Nos apoyamos para reforzar en conjunto con el PCI obteniendo un promedio de 5.0, lo que nos lleva a una tasa bajo el umbral ministerial (6.6).
Disminución del porcentaje de lesiones por presión relacionado con el cambio de posición de los pacientes hospitalizados en UCI Valech	< 35 %	< 10%	EU. Esp. Danilo Gonzalez Díaz – EU. Esp. Nicole Palma Astorga	1. Se realiza seguimiento diario de EU. Jefe turno en relación a cambios de posición de cada paciente UCI. 2. Se mantiene continuidad de las intervenciones de enfermería en el manejo de LPP. 3. Se fortalece correcto registro de cambio de posición y evaluación de signos de alarma,	Se observa mejor adherencia y compromiso en registros de valoración de la piel en la hoja de Enfermería de UPC.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 9 de 31

UNIDAD: UTI 5° PISO					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: GASTÓN CÓRDOVA, E.U REFERENTE DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con la correcta mantención de línea arterial (LA) en pacientes hospitalizados en UTI 5°	90%	79%	EU continuidad referente de calidad	<p>-Se realiza pauta de supervisión con criterios del Bundles de mantención de línea arterial en el servicio, según normativa institucional.</p> <p>-Se realizan mediciones mensuales en donde se evaluó criterios de mantención e indicación. No se logra llevar a cabo medición diaria del invasivo como estaba en metas propuestas, sin embargo durante el año se realizó medición incidental de un total de 112 pautas, de la cual hubo un cumplimiento de 88 de ellas, dando un resultado del 79%</p>	<p>No se logra cumplimiento de medición diaria de invasivos, alcanzando una totalidad de 112 pautas aplicadas correctamente. No se alcanza meta de cumplimiento propuesta del 80%.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 10 de 31

Disminuir la incidencia de ITU CUP en pacientes hospitalizados en UTI 5°	< 1.5%	1.01%	EU continuidad referente de calidad UTI 5°	Se realizó Bundle de mantenimiento de CUP en pacientes expuestos, según normativa institucional. Se realizan mediciones mensuales. Se realizó una medición de 91 Bundles con un cumplimiento de 80 pautas.	Según datos entregados por consolidado de IAAS la tasa de ITU CUP del servicio UTI 5° fue de 2.13, logrando una tasa bajo meta nacional. Según datos aportados por unidad de IAAS se registró un total de 1182 pacientes expuestos a CUP en donde hubo 12 ITU/CUP. La medición de Bundles se realizó de forma incidental en vez de mensual como estaba
--	--------	-------	--	--	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 11 de 31

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS (UCM 1°PISO)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: E.U PAULINA GONZALEZ, REFERENTE DE CALIDAD.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Mejorar cumplimiento de criterios de mantención de CVC/PICCLINE según protocolo institucional en UCM 1° Piso.	>80%	70%	EU Paulina Gonzalez A.	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión frecuente sobre Bundle de mantención. -Medición de indicador mediante evaluación de cumplimiento de Bundle de mantención de CVC/PICCLINE, en todos los pacientes que posean el dispositivo el día de medición. -Medición mediante prevalencia mensual. 	Dado que no se alcanza el cumplimiento, se decide mantener meta para año 2025.
Asegurar el cumplimiento de la norma de aseo hospitalario en UCM 1°Piso	90%	65%	EU. Paulina Gonzalez A.	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitación de la norma aseo hospitalario en conjunto con IAAS. (adjunto toma de conocimiento de asistencia a capacitación). -Actividad de simulación coordinada con equipo de docencia, dirigida a auxiliares “entrenamiento de aseo hospitalario”. Adjunto programa y actas . -Supervisión activa con pauta de aseo de hospitalario. -Medición mediante prevalencia mensual, a 2 aseos de unidad. 	-Existe una alta frecuencia de cambio de auxiliares de servicio y dado que no se alcanza el cumplimiento, se decide mantener meta para año 2025.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 12 de 31

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS TERCER (UCM 3ER PISO)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: MACARENA DURÁN, REFERENTE CALIDAD (UCM 3ER PISO)

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir el tiempo transcurrido entre el alta efectiva y la disponibilidad de camas en UCM 3° piso.	80%	69%	Referente calidad	<ul style="list-style-type: none"> -Implementación de una hoja de medición de tiempos de aseo: Esta herramienta permitió medir con precisión los tiempos desde el alta efectiva hasta el término del aseo en cada sector, permitiendo identificar áreas de oportunidad y mejorar la eficiencia en la limpieza. -Monitoreo continuo: Se realizó un seguimiento constante de la implementación de esta hoja de medición para asegurar que se cumpliera con los tiempos establecidos. -Comunicación constante con la empresa de aseo: Se mantuvo un flujo constante de comunicación mediante correos electrónicos, informando sobre los tiempos y cualquier incidente relacionado con la empresa de aseo. Esto ayudó a que la empresa estuviera al tanto de las expectativas y pudiera tomar acciones correctivas rápidamente. -Retroalimentación a la empresa de aseo: Se brindaron oportunidades de mejora para la empresa con el fin de aumentar su eficiencia y reducir los tiempos de limpieza. -Visitas de supervisores de aseo y referente del contrato: Se realizaron visitas regulares de los supervisores y el referente del contrato, lo que permitió evaluar en terreno el cumplimiento de los tiempos y la calidad del aseo, y realizar ajustes cuando era necesario. -Reuniones con personal interno (auxiliares de servicio): Se establecieron 	<p>Línea Base Inicial: Promedio de tiempo de duración de aseo (primer semestre): 96.5 minutos. Tiempo de referencia final segundo semestre: 68.2 minutos.</p> <p>Resultados: el tiempo promedio de alta efectiva de camas disminuyó de 96.5 minutos a 68.2 minutos, superando el umbral del 10% de mejora. La mejora alcanzada fue de aproximadamente un 29.4%, lo que demuestra un logro significativo en la reducción del tiempo.</p> <p>Conclusión: La implementación de estas actividades ha permitido una mejora significativa en los tiempos de disponibilidad de camas post alta, superando la meta del 10% de reducción y alcanzando una disminución de aproximadamente el 29.4%. La comunicación continua, el monitoreo y la retroalimentación han sido elementos clave para optimizar el proceso y cumplir con los objetivos establecidos.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 13 de 31

Aumentar la aplicación de Bundles a los pacientes con dispositivos invasivos en UCM 3°piso.	90 %	92%	Referente calidad	<p>reuniones periódicas con los auxiliares de servicio para priorizar los aseos frente a otras actividades, asegurando que las camas se encuentren disponible lo más rápido posible.</p> <p>Aumento de la supervisión del check list por parte de Continuidad y IAAS: Esta actividad permitió asegurar que los pasos del Bundle fueran seguidos de manera rigurosa y consistente. Se fortaleció la supervisión para identificar oportunidades de mejora a tiempo.</p> <p>Retroalimentación y feedback: Se implementó un proceso continuo de retroalimentación tanto positiva como constructiva, permitiendo que el personal conociera sus logros y áreas de mejora. Esto fomentó el compromiso con la calidad y la adherencia a los protocolos establecidos.</p> <p>Fomentar la cultura de autoevaluación entre el personal: Se promovió una cultura de autoevaluación para que cada miembro del equipo reflexionara sobre sus prácticas y contribuyera activamente a mejorar el proceso. Esta práctica ayudó a identificar brechas y áreas de oportunidad de forma autónoma.</p> <p>Implementación de un sistema de recordatorios visuales: Los recordatorios visuales en las áreas clave del servicio ayudaron a mantener la visibilidad y la conciencia constante sobre los pasos a seguir en la aplicación de los Bundles. Esto fue esencial para no perder de vista los elementos más importantes de los protocolos.</p> <p>Capacitación continua: Se implementaron sesiones de capacitación regulares para todo el personal, enfocadas en la correcta aplicación de los Bundles y la importancia de su</p>	<p>La adherencia inicial fue de un 72%, y se logró un máximo de 97%, lo que indica un avance significativo en la implementación de la estrategia.</p> <p>Medición de la Meta: Para medir el cumplimiento de esta meta, se utilizaron las pautas de seguimiento de los dispositivos invasivos, las cuales fueron asociadas a las pautas de supervisión semanales implementadas por la referente de IAAS. Las supervisiones se tabularon de manera sistemática, y se sacaron los promedios de cumplimiento, lo que permitió evaluar el progreso y realizar ajustes en el proceso.</p> <p>Resultados y Análisis: Adherencia inicial: 72% Máximo alcanzado: 97% Resultado promedio: 92% Estos resultados demuestran una mejora significativa en la implementación de los Bundles, con una tendencia positiva en la adherencia, lo que indica que las actividades realizadas fueron efectivas.</p> <p>Conclusiones: El aumento en la adherencia al cumplimiento de los Bundles es un reflejo del impacto positivo de las estrategias implementadas, como la supervisión rigurosa, la retroalimentación constante, la capacitación y el uso de recordatorios visuales. El resultado promedio alcanzado de 92% es un indicador de que, con el esfuerzo continuo, se puede seguir optimizando la calidad de atención y asegurar la seguridad de los pacientes con dispositivos invasivos. Además, el máximo de 97% logrado muestra el potencial de alcanzar niveles aún más altos de adherencia, lo que contribuirá a la mejora</p>
---	------	-----	-------------------	---	---



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 14 de 31

				<p>adherencia. La capacitación constante permitió mantener actualizado al equipo respecto a las mejores prácticas y nuevas evidencias científicas.</p> <p>Monitoreo continuo:</p> <p>La supervisión constante de los procesos permitió detectar posibles desviaciones en tiempo real. Esto permitió tomar acciones correctivas oportunas y mejorar los resultados de adherencia.</p> <p>Reconocimiento del logro:</p> <p>Se implementaron estrategias de reconocimiento y recompensa a los equipos que lograron cumplir o superar los objetivos de adherencia. Este tipo de incentivo aumentó la motivación y el compromiso del personal con los objetivos de calidad.</p> <p>Los resultados tabulados mostraron una mejora en la adherencia, alcanzando un promedio de 92%, lo cual supera el umbral de cumplimiento esperado del 90%.</p>	continua en el servicio UCM tercer piso.
--	--	--	--	---	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 15 de 31

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS (UCM 4°PISO) FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024. RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: EVELYN GUTIERREZ, ENCARGADA DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Asegurar el uso correcto de elementos de protección personal (EPP) en el manejo de aislamientos de la Unidad de cuidados medios 4° piso	90%	90%	Enfermera encargada de calidad UCM6P	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de pauta, según prevalencia mensual. -Capacitación a personal nuevo sobre correcta instalación y retiro de EPP. -Supervisión directa en el uso de EPP a personal a cargo de pacientes en aislamiento. - Revisión mensual de pautas aplicadas buscando posibles quiebres. - Retroalimentación a personal clínico y no clínico en ítem de pautas aplicadas no cumplidas. 	<p>Brechas existentes: no se cumple el paso de higiene de manos previo a usar EPP.</p> <p>Se reprograma nueva medición a partir de Enero 2025.</p>
Lograr cumplimiento de la correcta preparación prequirúrgica previo a intervención quirúrgica en UCM 4° piso, según protocolo.	90%	71%	Enfermera Encargada de calidad UCM6P	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de pauta, según calendario mensual. -Revisión diaria pacientes prequirúrgicos. -Supervisión diaria del correcto llenado Check list prequirúrgico. 	<p>Se reprograma nueva medición a partir de Enero 2025.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 16 de 31

				<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión diaria que todo paciente prequirúrgico tenga su Check list realizado. - Revisión mensual de pautas aplicadas buscando posibles quiebres. -Retroalimentar a la persona, según quiebres observados en pautas aplicadas. -Capacitación junto equipo de IAAS sobre correcta preparación prequirúrgica. 	
--	--	--	--	--	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 17 de 31

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS (UCM 6°PISO)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: E.U JOCELYN ARREDONDO, ENCARGADA DE CALIDAD.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr una administración segura de medicamentos endovenoso a los pacientes en UCM6P	95%	80%	Enfermera encargada de calidad UCM6P	1.-Pautas impresas para la supervisión de administración de medicamentos. 2.-Capacitación el 14/01de forma verbal con los funcionarios reforzando los 5 correctos. 3.-Elaboración de material de apoyo en área de preparación de medicamentos.	Se mantiene la meta de calidad ya que no se cumplió con el umbral 2024.
Lograr capacitación del personal clínico sobre el uso correcto de elementos de protección de personal (EPP)en el manejo de aislamiento.	90%	85%	Enfermera Encargada de calidad UCM6P	1.-Pautas impresas para la supervisión sobre el correcto uso de elementos de protección personal (EPP) y material de apoyo visual afuera de los aislamientos.	Se midió desde febrero a diciembre del 2024.No se cumplió



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 18 de 31

UNIDAD: CLÍNICA ASISTENCIAL POSTA CENTRAL (CAPC)

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: BLANCA ESCUDERO O, E.U SUPERVISORA

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir incidencia LPP en CAPC	<5%	5.56%	Enfermera Supervisora CAPC Enfermera continuidad CAPC	- DRIVE de seguimiento mensual - DRIVE de seguimiento con fotos para evaluar curaciones - Aplicación de 3 pautas diarias en horario hábil - Tabulación mensual de pautas y planes de mejora	Se reprograma la meta para el primer semestre del 2025
Mantención correcta Vía Venosa Periférica	90%	84.66%	Enfermera Supervisora CAPC Enfermera continuidad CAPC	- Aplicación de Bundle de mantención de VVP en horario hábil. - Aplicación de Bundle de instalación según oportunidad - Tabulación mensual de pautas y planes de mejora	Se reprograma la meta para el primer semestre del 2025



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 19 de 31

UNIDAD: PABELLÓN					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: PAZ PINTO AMAYA, E.U SUPERVISORA – REFERENTE DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aplicación de Pausa de Seguridad según protocolo	90%	92%	Enfermera encargada de calidad Unidad de Calidad Pabellón	1.- Medición mensual 2.- En forma diaria el Jefe de turno entrega pausa de seguridad revisadas a EU de continuidad, asegurando que este realizada y completa. 2.- EU de continuidad revisa las pausas y retroalimenta a los EU clínicos para evitar errores, en forma diaria 3.- Las brechas en los registros que implica responsabilidad enfermería: *En recuento de compresas, gasas e instrumental. Antes y después *Registro de fecha Implicancia Médica *Firma del médico	Al tratarse de un proceso crítico, se mantiene la meta Se reprograma la meta para el primer semestre del 2025
Mejorar el registro y rotulación de biopsias	90%	94%	Enfermera encargada de calidad Unidad de Calidad Pabellón	1.- Revisión mensual de libro de biopsia 2.- Entrega de turno de enfermeros cada 12 horas con libro y las respectivas ordenes 3.-Entrega a EU de continuidad en cada turno largo en horario hábil 4.- Re chequeo de libro y orden por EU continuidad, antes de realizar traslado de las muestras 5.- Brechas en registro que implica responsabilidad de enfermería *Letra ilegible *Error en registro de nombre Implicancia Médica *Error en orden de biopsia no coinciden las muestras con las dictadas en pabellón *No realizan orden de biopsia.	Se reprograma la meta para el primer semestre del 2025

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 20 de 31

UNIDAD: ANGIOGRAFÍA

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: E.U LAURA GALAZ, ENCARGADA DE CALIDAD.

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Mejorar entrega de documentos clínicos a la salida de pabellón de angiografía. (consentimiento informado, pausa de seguridad, protocolo médico, hoja de registro de enfermería)	70%	66%	EU encargada de calidad Angiografía	Modificación hoja de enfermería, agregando registro de entrega de pausa de seguridad y consentimiento informado. Revisión de fichas clínicas.	Se estipulo una muestra de 592 pacientes, para un porcentaje de cumplimiento del 70% y un margen de error del 10%.
Prevención de Eventos Adversos asociado al uso de medio de contraste durante los procedimientos de angiografía.	90%	84%	EU encargada de calidad Angiografía	1.- Aplicación de encuestas de factores de riesgo. (encuesta de seguridad) por parte del tecnólogo médico. 2.-Supervisión diaria de los factores de riesgo por paciente por parte de tecnólogo médico y enfermera. 3.-Revisión mensual de la aplicación de encuesta de seguridad.	Revisión de encuesta de seguridad a través de la plataforma REDCap y papel. (durante los primeros meses del año, se cambia formato de aplicación a digital). Se reprograma la meta para el primer semestre del 2025



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 21 de 31

UNIDAD: ENDOSCOPIA

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: ALEXANDRA GATICA CÁDIZ, REFERENTE DE CALIDAD UNIDAD DE ENDOSCOPIA, EU SUPERVISORA (S)

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Medición de bioluminiscencia a equipos endoscópicos con valores según protocolo de DAN	98%	100%	Enfermera Supervisora Endoscopia	Medición mensual de bioluminiscencia a equipos endoscópicos Registro de resultados en planilla Excel Aplicación de fórmula matemática para evaluación de umbral de cumplimiento	Meta de calidad se continuará midiendo durante el año 2025.
Oportunidad de Higiene de manos	90%	100%	Enfermera Supervisora Endoscopia	-Aplicación de pauta de cotejo de oportunidad de higiene de manos de forma diaria Disposición de dispensadores con alcohol gel en áreas administrativas y clínicas. Instalación de cartel informativo de "5 momentos para la higiene de manos" en sector de lavamanos	Meta de calidad se continuará midiendo durante el año 2025 dada su importancia epidemiológica.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 22 de 31

UNIDAD: ESTERILIZACIÓN					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DICIEMBRE 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: VIVIANA SALAZAR					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con el almacenamiento de material estéril en la unidad de dental urgencias	90%	57.5%	Encargada de calidad Esterilización	1.- Aplicación de pauta mensual, (registro en panilla de Excel). 2.- Retroalimentación a enfermera de dental en relación a viraje de indicadores y almacenamiento de material estéril de acuerdo a fecha de vencimiento respetando el FIFO.	1.- Pendiente capacitación de almacenamiento de material estéril al personal de dental. 2.- Pendiente registro de pauta de almacenamiento de dental en Redcap.
Garantizar el cumplimiento de entrega de cajas quirúrgicas licitadas sin incidentes.	99%	99%	Encargada de calidad Esterilización	1.- Registro diario de incidentes a través de plataforma Red Cap. 2.- Plan de mejora semestral. Se implementó Registro de recepción de cajas licitadas en REDCap, con el fin de monitorizar aquellas empresas que	Pendiente realizar protocolo de apertura de caja quirúrgicas en conjunto con Eu. Supervisora de Pabellón



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 23 de 31

UNIDAD: SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y GESTIÓN FUNCIONAL

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DICIEMBRE 2024

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: DIEGO ARÉVALO V, REFERENTE CALIDAD SRYGF

META DE CALIDAD	UMbral DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMbral de cumplimiento alcanzado (Promedio)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aumentar el cumplimiento del registro de la prueba de ventilación espontánea (PVE), en pacientes con ventilación mecánica invasiva, previo a extubación en UPC Valech.	90%	93%	Diego Arévalo V Referente calidad servicio RYGF	-Información a klgos de 4to turno sobre medición de meta -Supervisión del cumplimiento en registro de valores de PVE. -Registro de datos en planilla Excel y evaluación de cumplimiento según metodología.	*Medición se realiza durante el último trimestre de 2024.
Lograr el cumplimiento de la evaluación de la sensibilidad en la primera evaluación kinesiológica de los pacientes que acuden a terapia de rehabilitación	90%	NE	Diego Arévalo V Referente calidad servicio RYGF	----- ---	*Meta no desarrollada por inactividad del gimnasio de rehabilitación, debido a su uso como casino transitorio (*instruido por nuestra jefatura desde Marzo de 2024)



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 24 de 31

UNIDAD: IMAGENOLOGÍA FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024 RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: TM MARJORIE PAREDES, ENCARGADA DE CALIDAD IMAGENOLOGÍA					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento de notificaciones oportunas de diagnóstico de TEP, pesquisados con AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticadas por radiólogos del HUAP.	95%	92.25%	Encargado de Calidad Imagenología, TM Supervisora Imagenología.	Concientizaciones a los equipos con la importancia de la notificación de los Resultados Críticos y realizarlo dentro del plazo establecido por protocolo.	Charlas de concientización con registro de toma de conocimiento y reporte de cumplimiento individualizado bimensual. Plazo primer semestre 2025
Cumplimiento oportuno en la confirmación de identidad de pacientes NN en el Sistema de Gestión de Imágenes Médicas (RIS-PACS) que se realizan Escáner en el Servicio de Imagenología del HUAP.	85%	40.45%	Encargado de Calidad Imagenología, TM Supervisora Imagenología.	Recepción de los respaldos vía correo electrónico de las normalizaciones de pacientes que son atendidos en imagenología en condición de NN.	Administrador de RIS-PACS solicitará vía correo normalización de manera semanal según registro en libro del Servicio Imagenología Valech. Plazo Febrero 2025 Se agenda reunión con jefe de admisión de pacientes junto a servicios participe de las mejoras de este proceso, con el objetivo de Re identificar mejor las causas raíces de esta oportunidad. Plazo Marzo 2025

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 25 de 31

UNIDAD: LABORATORIO CLÍNICO					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad, TM CAMILA VALENZUELA, ENCARGADA DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr el cumplimiento de la notificación de valores críticos de Laboratorio dentro del plazo establecido en: Química clínica, gases, marcadores cardíacos, hematología, microbiología y Biología molecular.	>= 95%	97%	Encargada de calidad	<p>Se realiza informe mensual del indicador y se difunde a profesionales que participan en la validación y notificación de valores críticos.</p> <p>Toma de conocimiento del Protocolo de Notificación de valores críticos.</p>	Se cambia umbral de cumplimiento para el año 2025.
Lograr disminuir el rechazo de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en los exámenes provenientes de los Servicios Clínicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	<= 8%	7%	Encargada de calidad	<p>Se realiza informe mensual que es difundido a todos los Servicios Clínicos evaluados.</p> <p>Difusión de Protocolo de Toma de muestra.</p> <p>Se inicia rotulación de muestras con etiquetas mediante sistema informático Bioslis en servicio UCI Valech.</p>	No continúa la meta de calidad para el año 2025.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 26 de 31

UNIDAD: BANCO DE SANGRE

FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: T.M. BASTIAN VICENCIO SOTO, REFERENTE DE CALIDAD BANCO DE SANGRE

META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aumentar las donaciones Altruistas recibidas en la Casa del Donante. Donaciones altruistas 2023: 22%	≥25%	18%	Encargado/a de Calidad del Banco de sangre Coordinador casa del Donante	-Revisión de planilla Excel "Hemovigilancia de Donantes" para cálculo de porcentaje de altruistas. -Realización de colectas móviles durante el año 2024 -Aplicación del plan de marketing de la casa del donante altruista, incluyendo reconversión de donantes de reposición.	No se cumple con el umbral definido para la meta de Calidad, se plantea nueva meta de calidad para el año 2025. Manteniendo la medición del porcentaje de donantes altruistas como un indicador de desempeño
Cumplir con el registro completo de documento Albarán (proceso transfusional) en las solicitudes de transfusión revisadas en proceso de hemovigilancia activa	≥75%	89%	Encargado/a de Calidad del Banco de sangre Coordinador casa del Donante	-Revisión de planilla Excel "Hemovigilancia UMT 2024" para cálculo de cumplimiento de meta de calidad. Implementación de registro de "checklist" de informe de despacho y control transfusional. -Capacitación al personal respecto al correcto llenado del documento.	No se realiza medición de la meta de Calidad durante el periodo de enero a mayo del año 2024, por adecuación del sistema informático del banco de sangre. Se considera dentro de la medición promedio de cumplimiento desde junio a diciembre.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 27 de 31

UNIDAD: ANATOMIA PATOLÓGICA FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024 RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: TM. SERGIO BURGOS, ENCARGADO DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr cumplimiento de la notificación de valores críticos de anatomía patológica dentro del plazo establecido, según protocolo	95%	95%	TM Encargado de calidad	Se realiza notificación oportuna de valores críticos, tanto hospitalizados (archivo en ficha) y paciente de alta	Se monopoliza el proceso (solo encargado de calidad) con el fin de mejorar y pesquisar todo valor critico
Notificar las biopsias intraoperatorias emitidas en el plazo señalado, según protocolo	90%	100%	TM Encargado de calidad	Solo se realizan 4 biopsias rápidas en el año calendario. Se notifican oportunamente	no se mantendrá meta, ya que no es representativo un tan pequeño



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 28 de 31

UNIDAD: FARMACIA					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Q.F GABRIELA GUTIERREZ, ENCARGADA DE CALIDAD					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr cumplimiento del despacho de medicamentos en gavetas unidosis, según protocolo	97%	100%	Q.F. encargada de calidad Farmacia	Confección de pauta de cotejo Implementación de pauta de cotejo Revisión de gavetas por servicio según pauta Brecha Fin de semanas, festivos, solo hay un QF por turno, lo que dificulta la revisión.	Se modificara meta
Lograr cumplimiento del almacenamiento de medicamentos en Farmacia	85%	85%	Q.F. encargada de calidad Farmacia	Confección de pauta de cotejo Implementación de pauta de cotejo Orden de gavetas de almacenamiento, separación de medicamentos mismo nombre diferente dosis de presentación Brecha Gavetas de almacenamientos son móviles	Se modificará meta



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 29 de 31

UNIDAD: DENTAL					
FECHA DE EVALUACIÓN: ENERO- DIC 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: ENCARGADA DE CALIDAD E.U JAVIERA SANTA MARÍA CATALÁN					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr el cumplimiento de la correcta eliminación del material corto punzante, por el profesional, según norma IAAS.	90%	67%	Enfermera encargada de calidad Unidad Dental	Aplicación de pautas según el calendario mensual. Inducción y orientación en IAAS para internos de Odontología. Inducción y orientación en IAAS para nuevos funcionarios. Retroalimentación directa a funcionario	
Lograr el cumplimiento del correcto uso del área limpia, según norma institucional	90%	78%	Enfermera encargada de calidad Unidad Dental	Aplicación de pautas según el calendario mensual. -Inducción y orientación en IAAS para nuevos funcionarios. -Retroalimentación directa a funcionario. -Supervisión diaria de área clínica.	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025 Vigencia: 1 año
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 30 de 31

Elaborado Por:

- Encargados de Calidad servicios/ Unidades clínicas y/o Apoyo.

Revisado Por:

- Jorge Ibáñez Parga, Subdirector Gestión Clínica.
- E.U Carolina Rivas Jerez, Subdirectora (s) Gestión del Cuidado.
- Marianela San Martin, Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GGWSWS-943>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código : CAL 1.2
	DIRECCIÓN	Fecha: 02/2025
	SUBDIRECCION DE GESTION CLINICA	Vigencia: 1 año
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024	Página 31 de 31



Firmado por:
Carolina Andrea Rivas Jerez
Subdirectora de Gestión del
Cuidado
Fecha: 05-02-2025 09:45 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:
Jorge Arturo Ibáñez Parga
Subdirector de Gestión Clínica
Fecha: 10-02-2025 15:13 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:
Mariamela Soledad San Martín
Gallardo
Profesional Unidad Calidad y
Seguridad del Paciente
Fecha: 25-02-2025 11:46 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río