



SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

RESOLUCION EXENTA N° 001805

SAN JOSE DE MAIPO; 30 DIC 2015

VISTOS: Estos antecedentes: La necesidad de **Modificar la Resolución Exenta N° 01230/11-09-2015**; Resolución N° 0339/15.02.17 que Aprueba el Organigrama del Complejo Hospitalario San José de Maipo; Resolución Exenta N° 2040/2010 que Crea la Nueva Estructura Organizacional del Complejo Hospitalario San José de Maipo; Lo dispuesto en el DFL N° 1/2005 que fija el Texto Refundido, Coordinadora y Sistematizado del D.L. N 2763/1979; el DFL N° 29/2004 que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18834; el Decreto Supremo N°140/2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República; la Resolución N° 1275/2015 del Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente; Dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- **MODIFICASE la Resolución Exenta N° 01230** de fecha 11 de septiembre de 2015 en el sentido de dejar establecido que se modifica la **POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL – PROTOCOLO CAL 1.1 – Versión 01 – Pág. 1-48** del Complejo Hospitalario San José de Maipo, **MODIFICANDOLO a Versión 02, donde se complementa el documento y se agrega Carta Gantt Anual del Programa de Actividades año 2017 y 2018.**

2.- Dicho documento forma parte de la presente Resolución y será de uso obligatorio en el Complejo Hospitalario San José de Maipo, durante el tiempo de vigencia del mismo.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.-



SRA. LILIANA ECHEVERRIA CORTES
DIRECTORA COMPLEJO HOSPITALARIO
SAN JOSE DE MAIPO

fec
Transcrito Fielmente
Ministro de Fe

Distribución:
- Dirección CHSJM
- Subdirección Administrativa
- Unidad Control de Gestión
- Unidad Calidad
- Subdirección Médica
- Oficina de Partes
SR. LEC/SRA.CMA/mam-



HOSPITAL SANATORIO SAN JOSE DE MAIPO
OF. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
SR.PSM/fmm -

RESOLUCION EXENTA N° 001230

SAN JOSE DE MAIPO.

11 SEP 2015

VISTOS: Estos antecedentes, la necesidad de modificar Documento "Protocolo CAL 1.1: POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL CHSJM 2015-2018"; teniendo presente lo establecido en el Artículo N° 8, número II, letra f) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto N° 140 de 2004 de Salud; Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República; Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; las facultades que me confiere la Resolución Afecta N° 00407 de fecha 30 de mayo de 2008, la Resolución Exenta N° 00723 de fecha 08 de Abril de 2008 y la Resolución Afecta N° 530 de fecha 27 de julio de 2015; dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- APRUEBASE documento correspondiente al "PROTOCOLO CAL 1.1: POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL CHSJM 2015-2018"; versión N°01, pág. 1-48, del Complejo Hospitalario San José de Maipo.

2.- Dicho documento forma parte de la presente Resolución y será de uso obligatorio en el Complejo Hospitalario San José de Maipo, durante el tiempo de vigencia del mismo.

3 - La presente Resolución surtirá sus efectos a contar de esta fecha.

ANOTESE Y COMUNIQUESE


PATRICIO SUAZO MUÑOZ
DIRECTOR COMPLEJO HOSPITALARIO
SAN JOSE DE MAIPO

DISTRIBUCION:

- Dirección CHSJM
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Oficina de Calidad
- Centro Responsabilidad Atención Abierta
- Centro Responsabilidad Atención Cerrada
- Centro Responsabilidad Unidades de Apoyo
- Enfermeras Coordinadora Atención Cerrada
- Enfermeras Coordinadora Atención Abierta
- Oficina de partes CHSJM


Camila Cáceres Gómez
MINISTRO DE FE



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

| | | | |
|--|---|-----------|---|
|  | CARACTERISTICA: CAL 1.1 | | Vigencia: 3 años Fecha Aprobación: Diciembre 2015 Fecha término Vigencia: Diciembre 2018 |
| | POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL CHSJM 2015/2018 | | |
| | VERSION: 02 | PAG: 1-52 | Unidad de Calidad y Seguridad del paciente |



**POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO
2015-2018**

| | Nombre | Cargo | Firma |
|---------------|---------------------------|---|---|
| Elaborado por | Flora Madrid Martínez | Odontóloga Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente |  |
| Revisado por | Liliana Echeverría Cortés | Directora CHSJM |  |
| Aprobado por | Liliana Echeverría Cortés | Directora CHSJM |  |



INDICE DE MATERIA

| MATERIA | PAGINA |
|---|---------------|
| POLITICA DE CALIDAD INSTITUCIONAL 2015-2018 | 4 |
| Introducción | 4 |
| Visión | 4 |
| Misión Institucional | 5 |
| Política de calidad | 5 |
| Valores de la Política de Calidad | 6 |
| Responsables | 7 |
| Campo de Aplicación | 7 |
| PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL 2015-2018 | 8 |
| Introducción | 8 |
| Visión – Misión de la Unidad de Calidad | 8 |
| Funciones de la Unidad de Calidad | 9 |
| Definiciones | 9 |
| Objetivos del Programa de Calidad Institucional | 10 |
| Líneas de acción: | |
| ➤ Seguridad de la Atención | |
| ➤ Atención oportuna | |
| ➤ Gestión de la Calidad | |
| ➤ Mejoramiento continuo | |
| ➤ Asesoramiento en Calidad | |
| ➤ Acreditación en Calidad | |
| 11 | |
| PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2015 | 13 |
| Programa Características Obligatorias | 13 |
| Programa Características No Obligatorias | 19 |
| Carta Gantt Programa Calidad 2015 | 32 |
| Evaluación Programa de Calidad 2015 | 35 |



| | |
|---|-----------|
| PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2016 | 36 |
| Áreas de Actividades año 2016, descripción: <ul style="list-style-type: none">➤ Autorización Sanitaria➤ Acreditación de Prestadores➤ Seguridad del paciente➤ Red de Calidad Local | 36 |
| Indicadores Relevantes por Áreas de Actividades año 2016: <ul style="list-style-type: none">➤ Autorización Sanitaria➤ Acreditación de Prestadores➤ Seguridad del paciente➤ Red de Calidad Local | 40 |
| Carta Gantt Programa de actividades año 2016 | 42 |
| Indicador de Cumplimiento de la Carta Gantt | 43 |
| Indicadores del sistema de Vigilancia Activa de IAAS | 43 |
| Indicadores Globales Críticos | 44 |
| Evaluación Programa Calidad 2016 | 44 |
| PROGRAMA CALIDAD INSTITUCIONAL AÑO 2017 | 45 |
| Objetivos Programa de Calidad Institucional Año 2017 | 45 |
| Indicadores Relevantes por Áreas de Actividades año 2017 | 46 |
| Carta Gantt Programa de Actividades año 2017 | 48 |
| Indicador de Cumplimiento de la Carta Gantt. | 49 |
| PROGRAMA CALIDAD INSTITUCIONAL AÑO 2018 | 50 |
| Objetivos Programa de Calidad Institucional Año 2018 | 50 |
| Carta Gantt Programa de Actividades año 2018 | 52 |

POLITICA DE CALIDAD INSTITUCIONAL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO 2015-2018

INTRODUCCION

El Complejo Hospitalario San José de Maipo tiene como propósito fundamental ser una Entidad de Salud Acreditada que garantiza los estándares de calidad y seguridad en la atención del paciente.

La Gestión de Calidad para el Hospital representa un desafío y una prioridad. Manifiesto de ello, es que ha incorporado en su planificación estratégica, la gestión de la calidad como uno de sus objetivos primordiales, lo que se puede observar en la declaración de su visión.

Las personas tienen derecho a recibir atenciones de salud seguras y de calidad, las que deben estar avaladas por Normas y Protocolos diseñados en base a la evidencia científica de manera estandarizada, y contar con instrumentos que permitan medir su adecuado desarrollo.

Las Normas que por obligación deben ser trabajadas en los establecimientos de salud son:

- Protocolos que estandarizan los procesos de salud para la seguridad del paciente y calidad de la atención, que deben ser aplicados por los prestadores institucionales
- Norma sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de reportes de eventos adversos y eventos centinelas
- Programa de prevención y control de las enfermedades Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

Se espera que, a través de la definición de la política de calidad, el Hospital enfatice sus servicios en la seguridad del paciente; la calidad de atención, bajo una mirada de mejoría continua en todos sus procesos y logre conformarse en una entidad de salud acreditada.

VISION INSTITUCIONAL

“Ser un complejo asistencial, hospitalario y ambulatorio comunitario, que entregue prestaciones de salud integrales y de excelencia, con un marcado enfoque biopsicosocial, a los usuarios de la red de salud sur-oriente, incorporando altos estándares de calidad en sus procesos y expresando en estos un firme compromiso hasta el usuario interno y externo.”



MISIÓN INSTITUCIONAL

“Somos una Institución de salud de servicio público perteneciente a la red de salud sur oriente. Brindamos prestaciones integrales a usuarios de nuestra red que requieren hospitalización, orientadas a la resolución clínica en dos grandes áreas de desarrollo: rehabilitación y patología médico quirúrgico, preferentemente en el adulto, integrando a su vez áreas históricas como el programa de derivación nacional de tisiología y a los desafíos emergentes derivados del envejecimiento de la población y los cambios socioculturales de nuestro país, a través de la creación y gestión de un dispositivo socio sanitario en RED.

A su vez somos un hospital comunitario orientado a las personas de san José de Maipo, que participa de forma integral en su proceso de salud a través de todo el ciclo vital, con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, enmarcadas en el modelo de salud familiar y con un marcado acento en la participación comunitaria

La conjugación de nuestro privilegiado entorno geográfico, historia institucional, edificios con valor patrimonial, ambiente docente, perfeccionamiento continuo, personas comprometidas, enfoque financiero moderno y gestión innovadora, hacen de nuestra organización un polo de desarrollo sustentable y crecimiento continuo.”

POLITICA DE CALIDAD

El Complejo Hospitalario San José de Maipo, con su equipo humano, se **compromete** a dedicar su máximo esfuerzo con los recursos disponibles, a cumplir con los requisitos legales y organizacionales necesarios para satisfacer las necesidades de sus usuarios, garantizando la accesibilidad, oportunidad y seguridad del servicio, basado en el modelo de evaluación y mejora continua en la atención integral de salud.

OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo, fortalecimiento y ejecución de los criterios de Mejora Continua de la Calidad en la Gestión en Salud, asumiendo un compromiso ineludible con el mejoramiento continuo y eficaz de la Calidad, orientada al usuario, con enfoque en la seguridad de la atención y al cumplimiento de las normativas legales y sociales vigentes aplicables a nuestras actividades. Contribuyendo a un cambio cultural, fomentando la participación, compromiso y motivación de todos los funcionarios.



OBJETIVOS CLAVES

1. Poner al Sistema de Gestión de Calidad como pilar del desarrollo y funcionamiento de la institución, teniendo la Dirección del establecimiento la responsabilidad de este compromiso.
2. Generar y cumplir programas anuales de trabajo, definidos en el ámbito de calidad, de acuerdo a las orientaciones del nivel central y desarrollo a nivel local, con planes de mejora de acuerdo al análisis efectuado.
3. Difundir en todos los estamentos y unidades y/o servicios la Política de Calidad de la Institución a través de diferentes medios de comunicación.
4. Estandarización de los procesos de atención clínica, para prevenir impactos negativos en la calidad y seguridad de la atención del paciente.
5. Revisión de los procesos y seguimiento de indicadores de procesos críticos, principalmente en aquellos que tienen directa relación con nuestros pacientes y usuarios con la finalidad de prevenir riesgos y garantizar seguridad del paciente.
6. Promover el compromiso de todos, desarrollando la cultura de calidad.
7. Fortalecer los sistemas de vigilancia activa, para prevenir eventos adversos.
8. Orientar nuestro que hacer hacia la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios.

VALORES DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

1. **Compromiso**, activo y permanente centrado en la atención al usuario.
2. **Respeto**, al valor de las personas como a nosotros mismos.
3. **Responsabilidad**, en el cumplimiento de los compromisos adquiridos y en las consecuencias de nuestros actos.
4. **Amabilidad**, ofreciendo un servicio cálido y humano que garantice un buen trato.
5. **Equidad**, en el reconocimiento de los deberes, derechos y necesidades de nuestros usuarios
6. **Participación ciudadana** y respeto a la diversidad de creencias y opiniones.
7. **Excelencia**, en el esfuerzo por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios.
8. **Innovación**, imprimiendo creatividad e imaginación a nuestro trabajo
9. **Liderazgo**, de un equipo altamente comprometido en la tarea de conducir, motivar y desarrollar talentos.

RESPONSABLES

La Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo, considera lo señalado en esta Política, como parte integral del servicio que otorga y por ello, se define como prioritaria en toda la línea gerencial, asegurando su difusión, comprensión y cumplimiento en todos los niveles de la organización.

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente llevará a cabo todas las acciones tendientes a cumplir con el Programa de Calidad para el avance de las Políticas de Calidad aquí expresadas, de la ejecución de las actividades de supervisión, difusión, evaluación, satisfacción usuaria y gestión documental, necesarios para la Acreditación de la Institución.

CAMPO DE APLICACIÓN

El campo de aplicación de la Política de Calidad del Complejo Hospitalario San José de Maipo, es en todo el establecimiento, tanto en lo clínico como en lo administrativo, que implique áreas relacionadas con la Calidad de las Prestaciones Asistenciales, Seguridad del Paciente y Satisfacción Usuaria.

COPIA NO OFICIAL



PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO 2015-2018

INTRODUCCION

El programa de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención en el Complejo Hospitalario San José de Maipo, se basará en la Política de Calidad promulgada por la institución y en los Estándares de Calidad definidos en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

Para lograr lo anterior, se definirán las líneas de acción dando relevancia a la seguridad de los pacientes en los procesos clínico asistenciales y de apoyo clínico y administrativos, incorporando la satisfacción de expectativas en los usuarios, a través de la evaluación y monitoreo del cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales y organismos internacionales.

Para avanzar y cumplir con la Política de Calidad es necesario tener un Programa con metas y objetivos claros, que sean evaluables en el tiempo para su seguimiento, control y con planes de mejora continua, hasta lograr los más altos estándares posibles

El gran desafío es introducir en la cultura organizacional la mejora continua de los procesos, bajo el liderazgo de los directivos de la organización, implementando metodologías adecuadas de medición y control e implementar acciones de mejora con evaluación de sus resultados.

El programa general está de acuerdo a la Política de Calidad años 2015 – 2018, sin embargo se evaluará anualmente con un informe que definirá las líneas de acción año a año; con análisis de los resultados obtenidos, para realizar los planes de mejoras que correspondan.

VISION DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

“Ser una Unidad de excelencia, con alto grado de compromiso en el proceso de acompañamiento y asesoría a los equipos de salud, para la entrega de prestaciones de calidad que den seguridad y satisfacción al usuario en el CHSJM”.

MISION DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Asesorar al Equipo Directivo y colaborar con los equipos de salud, para brindar atenciones en salud, con calidad, oportuna, eficiente, humanizada, en un marco de respeto y de seguridad hacia el paciente, Así como contribuir a la mejora continua de los procesos claves dentro del Complejo Hospitalario San José de Maipo, favoreciendo la promoción y difusión de una cultura de calidad.

VALORES DE LA UNIDAD DE CALIDAD

- Liderazgo
- Compromiso
- Responsabilidad
- Ética
- Amabilidad
- Innovación
- Respeto
- Excelencia

FUNCIONES DE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD

- Generar, dirigir, apoyar, coordinar y controlar el proceso de implementación y mantenimiento del programa de calidad institucional, con los cronogramas correspondientes, ejecutarlo y evaluarlo, para lo cual debe realizar primariamente un diagnóstico de la situación local y finalmente con un análisis de los resultados.
- Establecer líneas de acción con objetivos específicos, metas e indicadores para cada uno de los objetivos específicos.
- Mantener informada a la Dirección institucional respecto al desempeño de los procesos de implementación, certificación y acreditación bajo normas de calidad.
- Coordinar y asesorar técnicamente la gestión del Comité de Calidad Institucional.
- Asesorar a los Departamentos y Unidades, que lo requieran, en temas relativos a esta materia.
- Debe regirse por las directrices Ministeriales, y del Servicio de Salud Sur Oriente y de la Dirección Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- Coordina las actividades de Autorización Sanitaria junto con el proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y de atención abierta cuando corresponda.
- Además es la encargada de revisar los documentos elaborados por las unidades del complejo hospitalario, otorgarles una codificación, agregarlos al listado central de documentos y subirlos a la página web y al SIS-Q.
- Otras actividades encomendadas por su jefatura directa.

DEFINICIONES

Componente: Constituye el primer nivel de desagregación del ámbito, entregando definiciones de aspectos operacionales, que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito.

Características: Desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación



Verificadores: Son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica.

Gestión de Calidad: se define como “conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los pacientes.”¹

Concepto de Calidad: “Otorgar un servicio enfocado en satisfacer las necesidades y expectativas del usuario interno y externo, velando por mejorar la accesibilidad, de manera equitativa y oportuna; siendo atendidos por un personal competente y capacitado, realizando un uso eficiente de los recursos disponibles, generando un ambiente seguro para lograr y mantener una atención con excelentes resultados cumpliendo con los criterios de calidad exigidos por AUGE/GES.”

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL

Objetivo General

Mejora continua para alcanzar la excelencia de los servicios, que se logra a través del seguimiento, revisión y mejoramiento de los procesos.

Objetivos específicos

- Establecer una política de calidad difundida, desplegada y aplicada en la gestión de la atención.
- Implementar metodologías adecuadas de medición y control de los procesos hospitalarios.
- Implementar acciones de mejora continua, monitoreo y evaluación y análisis de sus resultados.
- Fomentar actividades que permitan el desarrollo de las competencias necesarias para la efectividad de las estrategias de Calidad y Seguridad del Paciente en la comunidad funcionaria.
- Desarrollar y coordinar las actividades relacionadas con Calidad y Seguridad de los pacientes en el Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- Conducir al establecimiento hacia la obtención y mantención de una entidad de salud acreditada de atención cerrada y cuando corresponda también de atención abierta.

¹ Gneco. "Sistema de Gestión, Políticas y planes de Calidad", Módulo 7, Diploma Gestión de Calidad en Salud, Departamento de Educación en Ciencias de la Salud y Escuela de Postgrado de Facultad de Medicina, Universidad de Chile, año 2010.



**LINEAS DE ACCION DEL PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO AÑOS 2015 – 2018**

| LINEA DE ACCION | OBJETIVO | ESTRATEGIAS |
|-----------------------------|--|---|
| Seguridad de la atención | Entregar prestaciones seguras a los usuarios, previniendo y reduciendo las posibles complicaciones derivadas de una atención de salud. | Identificar fallas activas, latentes y eventos adversos en el proceso de atención. Implementar Normas y Protocolos para prevenir y/o, reducir los eventos adversos asociados a la atención. Establecer sistema de monitoreo de eventos adversos, con sistemas de registros estandarizados y confiables. Realizar vigilancia y control de las IAAS, para mantener indicadores bajo estándares nacionales. |
| Atención Oportuna | Establecer un sistema de priorización, de manera de garantizar la oportunidad de las prestaciones demandadas en GES y Urgencia. | Implementar la priorización de la atención de urgencia. Establecer la categorización de los pacientes en hospitalización. |
| | Resguardar las condiciones de acceso y oportunidad (Garantías Explícitas en Salud) de acuerdo a las necesidades de los usuarios. | Informar a usuario de las prestaciones que se otorgan, horario de atención, sistema dación de horas y programas que se ofrecen. Monitorear en forma permanente el cumplimiento de garantías GES |
| Gestión de la Calidad | Cumplir con los requisitos de la Autorización Sanitaria. | Aplicar las NTB a toda remodelación o construcción posterior a febrero del 2006. Solicitar las Autorizaciones Sanitarias de todo aquel recinto remodelado posterior a febrero del 2006. |
| | Avanzar en el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales en Atención Cerrada. | Protocolizar las prestaciones y desarrollar normativas para estandarizar las prácticas en la atención de salud. Realizar autoevaluaciones trimestrales de los ámbitos de la Acreditación. Implementar un sistema de control de los registros e indicadores que son requisitos para la Acreditación. Registrar en sistema informático SIS-Q el proceso de avance para solicitar la Acreditación |

| LINEA DE ACCION | OBJETIVO | ESTRATEGIAS |
|---------------------------------------|---|---|
| Mejoramiento continuo de la Calidad | Mejorar la percepción de los usuarios en el tema de Calidad de la Atención. | Promover la existencia y funcionamiento de Participación Ciudadana, para responder a las necesidades y expectativas de la población. |
| | Establecer una relación entre usuario interno y externo basada en la confianza, en la empatía y en el | Mantener constante monitoreo y medición de nuestras prestaciones a través de la Encuesta de satisfacción Usuaria. |
| | Responder adecuadamente a las expectativas de la población, como un elemento de satisfacción de los | Capacitar permanentemente en trato al usuario interno y externo a los operadores de oficinas QIRS. |
| | Asegurar las Estrategias definidas en la Política de Hospital Amigo. | Formalizar Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes |
| Asesoramiento en Calidad | Guia el quehacer de los procesos asistenciales, con el propósito permanente de mejorar la calidad de la atención. | Capacitar permanentemente a los equipos de salud en temas de Calidad y Seguridad del paciente. |
| | Guia los procesos administrativos y de apoyo para lograr la integración de Calidad Institucional | Guia a los equipos de salud en la aplicación de pautas de medición de la calidad en los diferentes procesos de |
| Acreditación en Calidad Institucional | Lograr los estándares mínimos de Calidad para ser un Hospital Acreditado que da seguridad a los usuarios | Asesorar a los Jefes de Servicios Administrativos y/o Unidades de Apoyo en los diferentes ámbitos de la Acreditación para su cumplimiento y evaluación. |
| | | Avanzar en el cumplimiento de los estándares mínimos para una Institución de Atención Cerrada. |
| | | Lograr la Acreditación el año 2017 |
| | | Mantener los estándares post acreditación |
| | | Continuar con la mejoría continua |

COPIA NO



**PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO
AÑO 2015**

PROGRAMA CARACTERISTICAS OBLIGATORIAS

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | CAL 1.1 |
|--------------------------------|---|
| Nombre | Mejoría continua de la calidad |
| Responsables | Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente |
| Actividades | Difundir el documento de carácter institucional que describe las políticas de calidad de la institución. Tener en todos los servicios el programa de calidad que incorpore un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes en relación con la seguridad del paciente. |
| Elementos a medir | 85% de funcionarios conocen las políticas de calidad de la Institución a marzo 2016. Existencia del programa de calidad anual en los servicios. 90% de cumplimiento de Carta Gantt |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | CAL 1.2 |
| Nombre | Actividades de mejoría continua y metas de calidad en las unidades |
| Responsables | Responsable de Calidad en las Unidades |
| Actividades | Actualizar resolución de los encargados responsables de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo. Evaluar las metas de calidad anual por unidad, respecto a la seguridad de los pacientes. |
| Elementos a medir | Resoluciones actualizadas. Evaluación anual de las metas de calidad por unidad, con análisis de resultados |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 1.11 |
| Nombre | Rotulación, traslado y recepción de biopsia |
| Responsables | Laboratorio – Consulta Ginecológica |
| Actividades | Elaborar un documento de carácter Institucional con flujoograma del procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias en laboratorio y de PAP. Constatar semestralmente la trazabilidad de los PAP y de biopsias recepcionadas en el laboratorio. |
| Elementos a medir | Existencia del documento y del flujoograma de la trazabilidad de las biopsias y PAP. El 100% de las biopsias cumplen con la trazabilidad. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 1.12 |
|--|--|
| Nombre | Identificación del Paciente |
| Responsables | Centro de Responsabilidad Atención Cerrada |
| Actividades | Difundir en atención cerrada el documento de carácter institucional que describe la obligatoriedad de identificar a todos los pacientes, especialmente pediátricos y pacientes con compromisos de conciencia, definiendo el tipo de identificación y los datos. Constatar periódicamente el cumplimiento de identificación del paciente. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todos los sectores de atención cerrada. El 100% de los pacientes pediátricos y con compromiso de conciencia se encuentran identificados |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 2.2 |
| Nombre | Prevención Eventos Adversos (E/A) asociados a procesos asistenciales |
| Responsables | Enfermeras Clínicas – Enfermeras Supervisoras |
| Actividades | Difundir en todos los servicios el documento de carácter institucional que describe las medidas de prevención de caídas, ulceras por presión y error de medicación. Realizar seguimiento de eventos adversos y centinelas con análisis causa – raíz y pal de mejoras |
| Elementos a medir | El 100% del staff de enfermería tiene conocimiento de prevención de eventos adversos a marzo 2016. Existencia de documento semestral con análisis de eventos adversos y de plan de mejora implementado. Cumplimiento de los indicadores en error de medicación, prevención de caídas y ulceras por presión. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 3.2 |
| Nombre | Sistema de vigilancia de IAAS |
| Responsables | Enfermera IAAS - Enfermeras Clínicas – Enfermeras Supervisoras |
| Actividades | Difundir en todos los servicios el documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo donde se explicitan IAAS vigiladas, procedimientos de vigilancia y criterios de notificación. Evaluación periódica de cada una de las IAAS vigiladas |
| Elementos a medir | El 100% del staff de enfermería tiene conocimiento y aplica el sistema de vigilancia activa de las IAAS a marzo 2016. Cumplimiento de los indicadores de carácter obligatorio de la vigilancia activa |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 3.3 |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Supervisión de prácticas de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) |
| Responsables | Enfermera IAAS - Enfermeras Clínicas – Enfermeras Supervisoras |
| Actividades | Difundir el documento de carácter institucional que describe las medidas de prevención de las IAAS. Evaluar los indicadores que consideran precauciones estándar, aislamientos, instalación y manejo de Vía Venosa Periférica. |
| Elementos a medir | 100% existencia del documento en unidades clínicas. Cumplimiento de los indicadores de supervisión de prácticas de prevención de IAAS. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | AOC 1.1 |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital. |
| Responsables | Subdirector Médico y Médicos de Turno |
| Actividades | Difundir el documento de carácter institucional que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia con riesgo vital. Realizar cuestionario de conocimiento del procedimiento a los funcionarios, con evaluación y plan de mejora. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades y servicios. 100% de los funcionarios capacitados y en conocimiento del sistema de alerta a marzo 2016. Existencia del cuestionario con su evaluación y plan de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | AOC 1.2 |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Sistema de Priorización de la atención de urgencia |
| Responsables | Jefe de CR. Hospital Comunitario – Jefe Servicio Urgencia |
| Actividades | Difundir el documento de categorización de los pacientes en el servicio de urgencia, entre los funcionarios clínicos y administrativos que laboran allí. Implementar sistema comunicacional a la comunidad sobre la categorización en urgencia. Evaluar periódicamente el sistema de categorización. |
| Elementos a medir | 100% de los funcionarios del servicio de urgencia conocen el sistema de categorización de pacientes. Cumplimiento del indicador de categorización según gravedad del paciente en urgencia. Existencia de sistema comunicacional a la comunidad. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | AOC 1.3 |
|--|--|
| Nombre | Sistema de notificación oportuna de situaciones de riesgo |
| Responsables | Jefe de unidad de Laboratorio – Imagenología – Consulta Ginecológica |
| Actividades | Aplicar el documento que describe las situaciones o resultados de riesgo que deben ser notificados en laboratorio, Imagenología y resultados del PAP. Averiguar por la vigencia del convenio con el CADSR para que los especialistas realicen diagnósticos en línea. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas. Cumplimiento del indicador de la oportuna notificación de resultado crítico. Existe constancia de evaluación periódica y planes de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 1.1 |
|--|--|
| Nombre | Certificados de títulos médicos y cirujanos dentistas |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Tener un registro de la certificación de competencias de médicos y odontólogos. |
| Elementos a medir | 100% de los médicos y odontólogos con su certificado de competencia extendido por la Superintendencia. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 1.2 |
|--|--|
| Nombre | Certificados de títulos Técnicos y Profesionales |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Tener un registro de la certificación de competencias de Técnicos y Profesionales desde la Superintendencia. |
| Elementos a medir | 100% de los técnicos y profesionales tienen su certificado de especialidad emitido por la Superintendencia. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | REG 1.1 |
|--|--|
| Nombre | Existencia de Ficha Clínica Única e Individual |
| Responsables | SOME |
| Actividades | Difusión del documento de carácter institucional que describe la existencia de una ficha clínica única e individual y su manejo. |
| Elementos a medir | Existencia de ficha clínica única e individual en hospitalizados |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | EQ 2.1 |
|--|---|
| Nombre | Mantenimiento Preventivo de Equipos Críticos |
| Responsables | Jefe de Servicios Generales |
| Actividades | Cumplir con el programa de mantenimiento preventivo de los equipos críticos, descrito en el documento institucional. Difundir el programa de mantenimiento de los equipos críticos entre los operadores de estos. |
| Elementos a medir | Existencia de la constancia del mantenimiento preventivo de los monitores hemodinámicos, monitores desfibriladores y ambulancias de urgencia. Conocimiento de los operadores del mantenimiento de los equipos. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | INS 1.1 |
|--|---|
| Nombre | Plan de Prevención de Incendios |
| Responsables | Prevencionista de Riesgo |
| Actividades | Capacitar y poner en práctica el documento de carácter institucional del plan de prevención de incendio. Coordinar una evaluación de riesgo de incendio por parte de bomberos. Prepara un documento de análisis de resultados y decisiones adoptadas según evaluación. Llevar registros de las recargas y vigencias de los extintores. Tener registros de los funcionarios capacitados en manejo de extintores. |
| Elementos a medir | El 85% de los funcionarios conocen el plan de prevención de incendios a marzo 2016. Existencia del informe de bomberos, con análisis de resultados y planes de mejora. 100% de extintores vigentes y con recargas según corresponda. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APL 1.4 |
|--|---|
| Nombre | Control de Calidad Externo |
| Responsables | Laboratorio |
| Actividades | Llevar registros de evaluación externa de la calidad en todas las áreas en que el laboratorio realiza prestaciones. Preparar un documento de análisis y mejora en caso de incumplimiento de acuerdo a evaluación externa. |
| Elementos a medir | Existencia de registros de evaluación externa de la calidad. Existencia de documento de análisis y mejora en casos de incumplimientos. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APL 1.5 |
|--------------------------------|---|
| Nombre | Procedimientos de Bioseguridad |
| Responsables | Laboratorio |
| Actividades | Asegurar las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso en laboratorio. Constatar que el personal utilice los implementos de protección, de acuerdo a procedimiento local. |
| Elementos a medir | Porcentaje de cumplimiento de pautas de bioseguridad del personal de laboratorio. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APF 1.3 |
|--------------------------------|---|
| Nombre | Stock mínimo de insumos y medicamentos en unidad de urgencia |
| Responsables | Jefe de Farmacia |
| Actividades | Hacer resolución de la responsabilidad del jefe de farmacia en la supervisión y reposición del stock mínimo de medicamentos e insumos en urgencia. Definir el stock mínimo de medicamentos e insumos en urgencia. Determinar el sistema de reposición del stock y periodicidad de este. |
| Elementos a medir | Existencia de la resolución de responsabilidad al jefe de farmacia. Existencia de definición de stock mínimo en urgencia. Existe constancia que el stock mínimo se repone oportunamente. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APE 1.2 |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Esterilización Centralizada |
| Responsables | Enfermera Esterilización |
| Actividades | Constatar que las etapas de lavado, preparación y esterilización se realizan en forma centralizada. |
| Elementos a medir | Existencia de documento de supervisión que constata que las etapas se realizan en la unidad de Esterilización. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APE 1.3 |
|--------------------------------|---|
| Nombre | Procesos de Esterilización |
| Responsables | Enfermera Esterilización |
| Actividades | Supervisar que los procesos de esterilización se basen en las normas técnicas vigentes. Evaluar el cumplimiento de los procesos. |
| Elementos a medir | Cumplimiento de la norma de lavado manual de instrumental. Cumplimiento de la norma de inspección, preparación y empaque de material a esterilizar. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APA 1.2 |
|--------------------------------|---|
| Nombre | Evaluación sistemática de los procesos de la etapa pre-analítica. |
| Responsables | Jefe Laboratorio – Jefe Consulta Ginecológica |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe los datos mínimos que debe conocer la solicitud del estudio, la obtención de las muestras, rotulación, traslado y criterios de rechazo. Evaluar periódicamente el indicador y planes de mejora. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en ambas unidades. Constatación de la evaluación y planes de mejora. |

PROGRAMA CARACTERISTICAS NO OBLIGATORIAS

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 1.1 |
|--------------------------------|--|
| Nombre | Difusión derecho de los pacientes |
| Responsables | Oficina de RRPP |
| Actividades | Difundir los derechos de los pacientes a través de un instrumento que cumpla las normas del MINSAL. |
| Elementos a medir | Existencia del instrumento en todos los sectores de acceso público. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 1.2 |
| Nombre | Gestión de reclamos |
| Responsables | Oficina de RRPP |
| Actividades | Difundir en los funcionarios el procedimiento de la gestión de reclamos. Realizar un análisis de los reclamos por áreas, causas y oportunidad de respuesta. Constatar el fácil acceso a la formulación de reclamos. Hacer seguimiento de planes de mejora. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en secretarías y oficinas OIRS. Constatación de fácil acceso a la formulación de reclamo. Existencia del análisis global de los reclamos por área y planes de mejora. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 1.3 |
| Nombre | Respeto de los derechos de los pacientes |
| Responsables | Oficina de RRPP |
| Actividades | Evaluar periódicamente el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de percepción, a través de un instrumento efectivo para ello. |
| Elementos a medir | Existencia del instrumento. Análisis de resultados y planes de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 3.1 |
|--|---|
| Nombre | Las investigaciones en seres humanos son aprobadas por el Comité Ético Científico (CEC) |
| Responsables | Dirección CHSJM – Comité de Ética Asistencial |
| Actividades | Difundir el documento de obligación de someter a aprobación del CEC toda investigación en seres humanos. |
| Elementos a medir | El 90% de los funcionarios médicos conoce esta obligación a junio 2015. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 4.1 |
| Nombre | Convenio asistencial docente |
| Responsables | Encargado (a) de Relación Asistencial Docente (RAD) |
| Actividades | Difundir el convenio asistencial docente en todos los servicios donde hay alumnos que vela por la seguridad del paciente, protege sus derechos y precedencia de la actividad asistencial sobre la docente. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en los servicios donde hay alumnos. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 4.2 |
| Nombre | Actividades de pre-grado definidas y evaluadas |
| Responsables | Encargado (a) de Relación Asistencial Docente (RAD) |
| Actividades | Establecer los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación. Elaborar un programa de supervisión de las prácticas clínicas de los alumnos. Definir nivel de supervisión según carrera y nivel. |
| Elementos a medir | Existencia del programa que establece los procedimientos que pueden ejecutar los alumnos. Porcentaje de cumplimiento de la supervisión de los alumnos. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | DP 5.1 |
| Nombre | Identificación Comité de Ética Asistencial (CEA) |
| Responsables | Comité Ética Asistencial |
| Actividades | Difundir el documento de carácter institucional que describe las situaciones que deben someterse a evaluación ética y procedimiento de prestación de casos. Enviar trimestralmente el registro de actas y casos presentados a la Dirección del CHSJM. |
| Elementos a medir | 100% de profesionales médicos conoce el procedimiento para acceder al Comité de Ética. Constatación de registros de casos sometidos al CEA. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | GCL 1.2 |
|--|--|----------------|
| Nombre | Evaluación y mejoría de las prácticas clínicas en enfermería | |
| Responsables | Enfermeras Clínicas, Supervisoras y Coordinadoras. | |
| Actividades | Difundir en el staff de enfermería el documento que describa los procedimientos de enfermería que entregue acciones en condiciones seguras al paciente en: instalación catéter urinario, manejo de traqueostomía y tubo endotraqueal, instalación y manejo de vías venosas periféricas, manejo de vías venosas centrales, administración de medicamentos endovenosos, inmunizaciones y manejo de cadena de frío. | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas. Reuniones enfermeras de calidad con staff de enfermería. Constancia de evaluación periódica de cumplimiento del indicador establecido. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | GCL 1.3 |
| Nombre | Evaluación y manejo del Dolor Agudo | |
| Responsables | | |
| Actividades | | |
| Elementos a medir | Se constata evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operatorios de acuerdo a los procedimientos locales. Se constatan evaluaciones periódicas. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | GCL 1.4 |
| Nombre | Reanimación RCP avanzadas | |
| Responsables | Subdirección de RRHH (Capacitación). | |
| Actividades | Difundir el documento de protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada. Capacitar a los funcionarios en relación directa con el paciente en reanimación cardiopulmonar. | |
| Elementos a medir | El 85% de los funcionarios clínicos tienen el curso de RCP avanzada. Constancia de cumplimiento del protocolo en simulacro. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | GCL 1.9 |
| Nombre | Contención física en pacientes con agitación psicomotora. | |
| Responsables | Enfermeras Clínicas, Supervisoras y Coordinadoras. | |
| Actividades | Mantener en los sectores de hospitalización el documento de contención física de pacientes con agitación psicomotora con las medidas de prevención de eventos adversos asociados | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todos los sectores de hospitalización. Cumplimiento del indicador de medidas de prevención de Eventos Adversos (EA) asociados a la contención física. | |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 1.10 |
|--|--|
| Nombre | Programa derivación de pacientes con intento de suicidio |
| Responsables | Médicos Jefes Atención Cerrada y Urgencia – Médicos de turno |
| Actividades | Difundir en atención cerrada y servicio de urgencia el documento con los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todos los sectores de atención cerrada y servicio de urgencia. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 1.13 |
| Nombre | Programa de mejoría de uso de anticoagulantes orales |
| Responsables | Subdirección Medica |
| Actividades | Revisar el protocolo actual e indicador. Difundir el documento de procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento de anticoagulantes orales. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas. Cumplimiento del indicador de manejo de TACO de acuerdo a protocolo. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 2.3 |
| Nombre | Vigilancia de Eventos Adversos (EA) asociados a la atención. |
| Responsables | Enfermera de Calidad Encargada de Eventos Adversos |
| Actividades | Difundir el documento de sistema de vigilancia de EA asociados a la atención que contempla: EA y Eventos Centinelas a vigilar de acuerdo a realidad local, sistema de vigilancia y procedimiento de reportes de EA. Utilizar los registros implementados para los reportes de EA. Realizar análisis de Eventos Centinelas. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas y en la WEB. Existencia de registros de los reportes. Informe de los análisis de Eventos Centinelas |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | GCL 3.1 |
| Nombre | Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) |
| Responsables | Enfermera de IAAS |
| Actividades | Actualizar el Comité de IAAS del CHSJM con su respectiva resolución. Realizar reuniones periódicas con revisión de prevención y control de las IAAS. |
| Elementos a medir | Existencia de resolución con integrantes y sus funciones. Constatación de al menos 3 reuniones anuales. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | AOC 2.2 |
|--|---|
| Nombre | Sistema de entrega de turno de médicos y enfermeras |
| Responsables | Subdirección Médica, jefes de Centros de Responsabilidad |
| Actividades | Difundir el documento que describe el sistema de entrega de turno y respectivo registro, de médicos y enfermeras. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Se constata registro de entregas de turnos de médicos y enfermeras. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 1.3 |
|--|--|
| Nombre | Certificados de especialidad médicos y odontólogos. |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Solicitar los certificados de especialidad a médicos y cirujanos dentista. |
| Elementos a medir | 100% de los médicos y cirujanos dentista especialistas tienen sus certificados de especialidad en la Superintendencia. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 2.1 |
| Nombre | Programa de Inducción |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Programa las reuniones de inducción en temas relacionados con la seguridad del paciente, cada vez que llegue personal nuevo, de acuerdo al protocolo establecido. Constatar que el funcionario nuevo ha recibido la inducción. |
| Elementos a medir | Existencia del protocolo en todas las unidades. 85% de los funcionarios nuevos tienen inducción al momento de la evaluación constatado en RRHH. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 2.2 |
|--|--|
| Nombre | Programa de Orientación |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Tener en cada unidad o servicio el programa de orientación a los funcionarios nuevos, en temas relacionados con la seguridad del paciente. Constatar que el funcionario nuevo ha sido orientado dentro de su unidad en las primeras dos semanas. |
| Elementos a medir | Existencia del Programa de Orientación en cada unidad. 85% de los funcionarios nuevos tienen la orientación dentro de sus unidades al momento de la evaluación constatado en RRHH. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 3.1 |
|--|--|
| Nombre | Programa de capacitación en prevención y control de IAAS |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Preparar un documento de carácter institucional que describa el programa de capacitación en temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. |
| Elementos a medir | Existencia del documento. 50% personal ha sido capacitado. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 4.1 |
| Nombre | Programa de control de riesgo a exposiciones |
| Responsables | Jefe Imagenología |
| Actividades | Resolución con Responsable del Programa Institucional de Salud Laboral. Cumplir con el programa de control de riesgo en procedimientos imagenológicos. |
| Elementos a medir | Existencia de la resolución. Constatación de controles de dosimetría y exámenes preventivos, de acuerdo al programa. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 4.2 |
|--|---|
| Nombre | Accidentes laborales con material contaminado |
| Responsables | Enfermera de IAAS. |
| Actividades | Difundir el documento de carácter institucional que describe el procedimiento del manejo de accidentes con sangre o fluidos corporales de riesgo. Realizar un análisis global de los accidentes ocurridos con los planes de mejora. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en las unidades clínicas. Se constata el conocimiento del procedimiento a seguir en entrevista a los funcionarios. Se constata la existencia del análisis y planes de mejoras adoptados. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | RH 4.3 |
|--|---|
| Nombre | Programa de vacunación del personal |
| Responsables | Subdirección de RRHH |
| Actividades | Cumplir con el documento de carácter institucional que describe el programa de vacunación del personal. |
| Elementos a medir | 95% de personal de riesgo con vacuna Anti-Hepatitis B a marzo 2016. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | REG 1.2 |
|--|---|
| Nombre | Sistema estandarizados de Registros clínicos |
| Responsables | Subdirección Medica |
| Actividades | Cumplir con el documento que contempla las características de los registros clínicos, sus responsables y contenidos mínimos a registrar. Difundir entre el personal clínico el documento |
| Elementos a medir | Existencia del documento. Auditoria del 10% de las fichas clínicas semestral con planes de mejora. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | REG 1.3 |
| Nombre | Entrega de información relevante al paciente |
| Responsables | Medico Jefe CRAC- Enfermeras Coordinadoras- Jefes Unidades Clínicas. |
| Actividades | Difundir el documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente al momento del alta de hospitalización, atención de urgencia y procedimientos ambulatorios. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en las unidades clínicas. Cumplimiento del indicador en cada de caso. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | REG 1.4 |
| Nombre | Entrega, recepción y conservación de fichas clínicas |
| Responsables | SOME |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas, con responsables de su aplicación. Ordenar la disposición para la conservación de las fichas clínicas en archivo de atención cerrada. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en os archivos de SOME. Constancia de la evaluación periódica. Constatación en terreno del almacenamiento en archivo. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | EQ 1.1 |
| Nombre | Adquisición de Equipamiento |
| Responsables | Jefe de Abastecimiento |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera responsables, participación del personal técnico y sistema de evaluación de calidad técnica del equipamiento a ser adquirido. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Constatación de acta de participación del personal en la adquisición de equipamiento |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | EQ 1.2 |
|--|--|----------------|
| Nombre | Conocimiento de la vida útil y reposición del equipamiento crítico. | |
| Responsables | Jefe de Servicios Generales | |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe el sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante que incluye monitores hemodinámicos y desfibriladores. | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Existencia de planilla actualizada con la vida útil de cada equipo. Existencia del informe de reposición de equipamiento. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | EQ 2.2 |
| Nombre | Mantenimiento preventivo equipos U. de Apoyo. | |
| Responsables | Jefe CR Unidades de Apoyo – Servicios Generales | |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe el programa de mantenimiento preventivo de los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo. | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades de apoyo de laboratorio e Imagenología. Registro de ejecución del mantenimiento según programa. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | EQ 3.1 |
| Nombre | Los equipos relevantes son utilizados por personas autorizadas para ello. | |
| Responsables | Jefe de CRAC – Enfermeras Coordinadoras – Jefe Esterilización. | |
| Actividades | Cumplir con el documento que indica el perfil técnico del personal autorizado para operar los monitores desfibriladores, autoclave, equipos de laboratorio, equipos de Imagenología. | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas. 100% de los operadores de equipamiento cumplen con el perfil técnico a Marzo 2016. | |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | | INS 2.1 |
| Nombre | Plan de Evacuación frente a siniestros | |
| Responsables | Prevencionista de Riesgo | |
| Actividades | Difundir el documento que describe el plan de evacuación ante incendio, sismo o inundación. Realizar simulacro de plan de evacuación. | |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. El 85% de los funcionarios conocen el plan de evacuación. Registro de ejecución de simulacros. | |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | INS 2.2 |
|--|---|
| Nombre | Señaléticas de vías de evacuación |
| Responsables | Prevencionista de Riesgo |
| Actividades | Mantener actualizado al responsable de la mantención y actualización periódica de las señaléticas de las vías de evacuación. Constatar la disposición de las señaléticas de vías de evacuación. |
| Elementos a medir | Resolución con el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica. Constatación de la disposición de las señaléticas de vías de evacuación. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | INS 3.1 |
|--|--|
| Nombre | Programa de Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones |
| Responsables | Servicios Generales |
| Actividades | Cumplir con el documento del programa de mantenimiento preventivo de las techumbres y ascensores. |
| Elementos a medir | Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | INS 3.2 |
| Nombre | Plan de contingencia ante la interrupción de suministro eléctrico y agua potable. |
| Responsables | Servicios Generales |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable. Llevar registros del mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia. Llevar registros de la revisión periódica de la calidad del agua en los estanques de reserva. |
| Elementos a medir | Registros de mantenciones preventivas de iluminación de emergencia. Registros de calidad del agua de reserva en los estanques. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APL 1.1 |
|--|--|
| Nombre | Compra de servicios de exámenes de laboratorio. |
| Responsables | Jefe de Laboratorio |
| Actividades | Compra servicios a terceros acreditados. |
| Elementos a medir | Constatar la acreditación de la empresa externa que entrega servicios a laboratorio. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APL 1.2 |
|--|---|
| Nombre | Procesos relacionados con Etapa Pre-Analítica en laboratorio. |
| Responsables | Jefe de Laboratorio |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe los procesos de toma de muestra y traslado y los responsables de su aplicación. Llevar un indicador relacionado con los problemas de la toma de muestra detectados. Entregar información al paciente ambulatorio con las instrucciones y plazos de entrega de exámenes. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Cumplimiento del indicador con evaluación y planes de mejora. Constatación de la entrega de información al paciente ambulatorio. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APL 1.3 |
|--|--|
| Nombre | Evaluación Etapa Analítica y Post-Analítica en laboratorio. |
| Responsables | Jefe de Laboratorio |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe las técnicas de ejecución de los exámenes, de control de calidad internos, tiempo de respuesta de exámenes. Llevar indicador relacionado con tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas. |
| Elementos a medir | Constatación de evaluación periódica del indicador con planes de mejora. Constatación de ejecución de controles de calidad internos, en las diferentes unidades. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APF 1.2 |
|--|--|
| Nombre | Adquisición de medicamentos e insumos |
| Responsables | Jefe de Farmacia |
| Actividades | Difundir el documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos e insumos que considera su evaluación técnica. Mantener vigente el Comité de Farmacia, con reuniones periódicas para la evaluación técnica de medicamentos e insumos. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades clínicas. Actas de reuniones de Comité de Farmacia. Constatación de participación de profesional usuario en la evaluación técnica de medicamentos e insumos. |



| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APF 1.4 |
|--|--|
| Nombre | Procedimientos de Farmacia actualizados |
| Responsables | Jefe de Farmacia |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe los procedimientos de farmacia en cuanto a rotulación, envasado, despacho, eliminación y reposición de stock. |
| Elementos a medir | Cumplir con el documento que describe los procedimientos de farmacia en cuanto a rotulación, envasado, despacho, eliminación y reposición de stock. Llevar indicador y umbral de cumplimiento de los procedimientos de farmacia. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APF 1.5 |
| Nombre | Procedimientos relacionados con medicamentos en las unidades clínicas. |
| Responsables | Jefe de Farmacia |
| Actividades | Difundir el documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos en las unidades clínicas en cuanto a almacenamiento formato de prescripción, solicitud de medicamentos e insumos, devolución de medicamentos e insumos, y notificación de reacciones adversas. Evaluar los procedimientos a través de un indicador establecido. Supervisar el cumplimiento en las unidades clínicas por parte de farmacia. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en farmacia y unidades clínicas. Constancia de la evaluación del indicador y planes de mejora. Constatación de almacenamiento de medicamentos e insumos de acuerdo a normativa. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APE 1.1 |
| Nombre | Compra de servicios de Esterilización. |
| Responsables | Jefe de Esterilización. |
| Actividades | Compra de servicios a terceros Acreditados. |
| Elementos a medir | Constatar la acreditación de la empresa externa que entrega servicios de esterilización. |
| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APE 1.4 |
| Nombre | Almacenamiento de material estéril. |
| Responsables | Jefe de Esterilización. |
| Actividades | Difundir el documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril. Llevar indicador de su cumplimiento. Constatar en terreno su almacenamiento. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en las unidades clínicas. Cumplimiento del indicador y planes de mejora. Constatación del cumplimiento |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APT 1.1 |
|--|--|
| Nombre | Compra de servicios de transporte. |
| Responsables | Jefe de Servicios Generales |
| Actividades | Compra de servicios a terceros acreditados |
| Elementos a medir | Constatar la acreditación de la empresa externa que entrega servicios de transporte. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APT 1.2 |
|--|--|
| Nombre | Seguridad en el transporte |
| Responsables | Jefe de Movilización. |
| Actividades | Cumplir con el documento que describe el procedimiento de traslado de pacientes, con tipos de móvil, su equipamiento y personal. Procedimientos fijación y disposición del paciente y acompañante en el móvil. Explicitar en el documento la de entrega de pacientes y definición de límites de responsabilidad. Constatar las condiciones del móvil de acuerdo a normativa. |
| Elementos a medir | Fijar los límites de responsabilidad con el paciente. Constatación de las condiciones del móvil, evaluación y planes de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | API 1.1 |
|--|--|
| Nombre | Compra de servicios de Imagenología. |
| Responsables | Jefe de Imagenología. |
| Actividades | Compra de servicios a terceros acreditados |
| Elementos a medir | Constatar la acreditación de la empresa externa que entrega servicios de Imagenología. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | API 1.3 |
|--|---|
| Nombre | Evaluación solicitud de exámenes y entrega de indicaciones. |
| Responsables | Jefe de Imagenología. |
| Actividades | Difundir el documento que describe los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes y las indicaciones de los pacientes antes y después los exámenes imagenológicos. Evaluar y constatar su cumplimiento. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Constatación de evaluación periódica y planes de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APA 1.1 |
|--|---|
| Nombre | Compra de servicios de Anatomía Patológica. |
| Responsables | Jefe de Laboratorio y Consulta de Ginecología |
| Actividades | Compra de servicios a terceros acreditados |
| Elementos a medir | Constatar la acreditación de la empresa externa que entrega servicios de Anatomía Patológica. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APK 1.2 |
|--|--|
| Nombre | Seguridad en Kinesiterapia Respiratoria |
| Responsables | Jefe de Rehabilitación |
| Actividades | Difundir el documento que describe la preparación del paciente previo a la ejecución de Kinesiterapia Respiratoria. Evaluar periódicamente su cumplimiento con indicador y umbral. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Registros de evaluación periódica con planes de mejora. |

| CODIGO DE LA CARACTERISTICA | APK 1.3 |
|--|--|
| Nombre | Seguridad en Rehabilitación Kinésica. |
| Responsables | Jefe de Rehabilitación |
| Actividades | Difundir el documento que describe las contraindicaciones para procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la Rehabilitación Kinésica. Evaluar periódicamente su cumplimiento con indicador y umbral. |
| Elementos a medir | Existencia del documento en todas las unidades. Constatación de evaluación periódica y planes de mejora. |



CARTA GANTT PROGRAMA CALIDAD AÑO 2015

| CARTA GANTT OFICINA CALIDAD 2015 | EN | FE | MA | AB | MA | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NO | DIC |
|--|----|----|----|------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|-----------|-------------|-----|
| REUNION DIRECTORA (Dra. Solari) | | | X | | | | | | | | | |
| REUNION SDA (Sra. Patricia Carpo) | | | X | | | | | | | | | |
| ESTUDIO FACTIBILIDAD TRASLADO URGENCIA A LAENNEC | | | X | X | | | | | | | | |
| PROCESO DE AUTOEVALUACION | | | | 7 al 10 | | 22 al 26 | | | 21 al 25 | | 14 al 18 | |
| REUNIONES CON JEFATURAS POR PLANES DE MEJORAS | | | | 9 al 13 | | 8 al 12 | | | 7 al 11 | | 30 1 al 4 | |
| REUNIONES CON JEFATURAS POST EVALUACION | | | | | 13 al 17 | | 13 al 20 | | 28 al 30 | 1 al 2 | | |
| REUNIONES EQUIPO DE CALIDAD (avances, organización y planes de mejora) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ACTUALIZAR RESOLUCIONES CON FUNCIONES | | | X | | | | | | | | | |
| UN ENCARGADO DE CALIDAD EXCLUSIVO PEDIATRIA | | | X | | | | | | | | | |
| REUNIONES COMITE DE PROMOCION DE CALIDAD | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X |
| REUNIONES EN DIVERSOS COMITES POLITICA Y PROGRAMA DE CALIDAD 2015 | | | X | | | | | | | | | |
| EVALUACION CALIDAD AÑO 2014 | | | X | | | | | | | | | |
| SOLICITAR NTB SEDILE Y REHABILITACION | | | X | | | | | | | | | |
| SOLICITAR NTB INFECTOLOGIA | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJAR NTB 2º PISO LAENNEC | | | | X | | | | | | | | |
| REUNION POR NTB CON ARQUITECTO Y EDITH MORA | | | | | X | X | | | | | X | |
| INDUCCION EN CALIDAD E IAAS | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| REUNION COMITE DE CALIDAD | | | X | | | | | | | | X | |
| JORNADA AUTOCUIDADO | | | | | | | | X | | | | |
| CAPACITACION EN CALIDAD A FUNCIONARIOS | | | X | X | X | X | X | | | | | X |
| CAPACITACION SIS-Q.A EQUIPO DE CALIDAD | | | X | X | | | | | | | | |
| PARTICIPACION EN LA RED ASISTENCIAL | | | | X | | | X | | | X | | |
| PUBLICACION EN BOLETIN TEMAS CALIDAD E IAAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

| CARTA GANTT PROGRAMA CALIDAD 2015. | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Actualizar todas las resoluciones de los responsables de calidad | X | | | | | | | | | |
| Auditar fichas clínicas (REG 1.2) | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Capacitación a los profesionales sobre acceso al comité de ética asistencial | | X | | X | | | | | | |
| Capacitación a los profesionales sobre investigaciones en seres humanos | | X | | X | | | | | | |
| Capacitar en el procedimiento de emergencia con riesgo vital a los funcionarios | | X | | | X | | | | | X |
| Constatar el % de cumplimiento de vacunación al personal. | | X | X | | | X | | | | X |
| Constatar el % de funcionarios que tienen curso de IAAS y RCP | X | | X | | | X | | | | X |
| Constatar el % de funcionarios que tienen Inducción y Orientación | X | | X | | | X | | | | X |
| Constatar el % de profesionales que tienen curso de RCP avanzado (GCL 1.4) | X | | X | | | X | | | | X |
| Constatar el cumplimiento del sistema de entrega de turnos médicos y enfermeras | X | | X | | | X | | | | X |
| Constatar el mantenimiento preventivo de los equipos Críticos | X | | | X | | | X | | | X |
| Constatar en terreno conservación y manejo de fichas clínicas | X | | X | | X | | X | | | X |
| Constatar la prevención de E/A asociados a contención física | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Constatar sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento y su reposición | X | | X | | X | | X | | | X |
| Constatar uso de implementos de seguridad en personal de laboratorio | X | | | X | | | X | | | X |
| Terminar el Plan estratégico y manual Organizacional | | X | X | | | | | | | |
| Difundir el Plan estratégico y manual Organizacional | | | X | X | | | X | | | X |

COPIA NO ORIGINAL

| CARTA GANTT PROGRAMA CALIDAD 2015 | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Difundir flujo grama de accidentes laborales con sangre o fluidos corporales | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Difundir las políticas de calidad en la institución | X | X | X | X | X | | | | | |
| Difundir los derechos y deberes de los pacientes en todos los sectores | | | X | | | | | | | |
| Difusión de protocolos clínicos en todas las unidades | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Difusión del convenio asistencial docente en las unidades clínicas | X | X | | | | | | | | |
| Elaborar y constatar documento de trazabilidad de biopsias | X | | | X | | | X | | | X |
| Evaluación anual de metas de calidad | X | | | | | | | | | X |
| Evaluación y planes de mejora de las IAAS vigiladas | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar análisis causa raíz de eventos centinelas | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar análisis de los accidentes y sus planes de mejora | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar análisis de los reclamos y ejecución de planes de mejoras | | | X | | X | | X | | | X |
| Realizar difusión masiva a la comunidad respecto a categorización del paciente en urgencia. | | | X | | X | | X | | | X |
| Realizar seguimiento de eventos adversos y planes de mejora | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Reuniones periódicas enfermeras de calidad con staff de enfermería | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Supervisar las prácticas de prevención de IAAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Capacitar como Evaluadoras a las integrantes del la oficina de Calidad | | X | X | | | | X | X | | |
| Entregar a los usuarios toda información necesaria respecto a la modalidad de gestión del establecimiento, de su condición de salud y otras relevantes del proceso de atención, de manera clara y comprensible. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

COPIA NO
OFICIAL



SISTEMA DE EVALUACION PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2015

La evaluación del Programa de Calidad del año 2015 se realizará en base a:

- El cumplimiento de las Actividades de la carta Gantt
- El cumplimiento de la Vigilancia activa de IAAS
- El cumplimiento de los indicadores globales críticos

Se confeccionará un informe en el mes de enero del año siguiente que dé cuenta del cumplimiento anual del Programa de calidad.

INDICADOR DE ACTIVIDADES AÑO 2015

| Actividad | Formula del Indicador | Verificador | Plazo |
|--|--|--|------------|
| Revisión y seguimiento del cumplimiento de las actividades programadas para el año 2015 en calidad | Nº de actividades realizadas / Total de actividades programadas de acuerdo a la Carta Gantt del año 2015 | Registro de constatación de las actividades realizadas | 30.12.2015 |



PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO AÑO 2016

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los riesgos asociados a los procesos de salud garantizando la seguridad de los procesos de salud y una mejora continua de calidad para alcanzar la excelencia de los servicios, que se logra a través del seguimiento, revisión y mejoramiento de los procesos.

AREAS DE ACTIVIDADES AÑO 2016

1. Autorización Sanitaria

La Autorización Sanitaria es el mecanismo mediante el cual una institución demuestra a la autoridad pertinente, que dispone de los requisitos mínimos de organización, infraestructura y equipamiento necesarios para realizar las acciones de salud con niveles de seguridad suficientes para los usuarios.

Todos los establecimientos públicos en funcionamiento desde antes del año 2006, se entienden autorizados sanitariamente, sin embargo deben disponer de un certificado de demostración otorgado por la SEREMI de Salud, antes de iniciar el proceso de acreditación propiamente tal.

El Complejo Hospitalario San José de Maipo dispone de dicho documento con resolución exenta N°1177 del 04 de enero año 2013, de la SEREMI de Salud, Región Metropolitana. Por consiguiente, con el fin de mantener su vigencia, se deben realizar todas las actividades conducentes a supervisar la aplicabilidad y cumplimiento de los requisitos establecidos en la **Normas Técnicas Básicas de acreditación**, toda vez que se efectúe algún cambio a las condiciones bajo las cuales el certificado es otorgado.

Durante el año 2016 se debe continuar avanzando en el cumplimiento de los requisitos de las normas técnicas básicas de Autorización Sanitaria, para hospitales de mediana complejidad.

Esta actividad es de responsabilidad de todo el Complejo Hospitalario en coordinación con la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

Las actividades planificadas para el año 2016 son:

- ✓ Obtener la Autorización Sanitaria de la sala de SEDILE
- ✓ Obtener la Autorización Sanitaria del Servicio de Infectología
- ✓ Obtener la Autorización Sanitaria de la sala de Procedimientos
- ✓ Obtener la Autorización Sanitaria de Laennec



2. Acreditación de prestadores

El objetivo de la acreditación es que los servicios de salud entregados por un prestador institucional alcancen la calidad necesaria para la seguridad de sus usuarios.

El Complejo Hospitalario San José de Maipo, tiene que lograr la meta comprometida para el año 2016, que es solicitar acreditación para obtener la condición de acreditación, y ser incorporado al registro de prestadores institucionales acreditados de atención cerrada el año 2017.

Se define que es prioridad institucional obtener y mantener el estándar General de Acreditación. Cumpliendo con el 100 % de las características obligatorias y el 50% de cumplimiento de las características totales aplicables en el CHSJM.

Las actividades planificadas para este efecto son las siguientes:

- ✓ Presentación de la Cartera de Servicios de acuerdo a la realidad local.
- ✓ Supervisión del cumplimiento de normas, protocolos, guías clínicas para Mantener el cumplimiento de estándares de acreditación para prestadores de Atención Cerrada obtenidos, y avanzar en el cumplimiento de características con incumplimiento.
- ✓ Revisión de documentos asociados a acreditación, en puntos de verificación con encargados de ámbitos y /o de características.
- ✓ Evaluación y monitoreo permanentes del cumplimiento de los Estándares Generales de Acreditación de Atención Cerrada a través de la realización de evaluaciones trimestrales Con revisión, actualización, y realización de las acciones necesarias para mantener o aumentar su cumplimiento.
- ✓ Aplicación de las Autoevaluaciones y evaluaciones cruzadas a través de la elaboración de informes según plazos y formatos requeridos.
- ✓ Difusión de resultados de autoevaluaciones y evaluación cruzada.
- ✓ Reporte en consejos técnicos del seguimiento y de Planes de Mejora, elaborados por encargados de ámbitos y /o de características.
- ✓ Seguimiento activo de Planes de Mejora, elaborados por encargados de ámbitos y /o de características. informando sus resultados a los encargados de calidad del servicio o unidad.
- ✓ Mantención de estándares de procesos de acreditación en calidad dentro de un contexto de Mejoramiento Continuo de la Calidad institucional.
- ✓ Mantención actualizada de un sistema de registros claves para la Gestión de Calidad.
- ✓ Elaboración y cumplimiento de los programas de supervisión anuales de calidad de características que incluyan definición de indicadores y la existencia de evaluación periódicas.



3. Seguridad del Paciente

Los sistemas de salud son de enorme complejidad, esto conlleva riesgos y se pueden presentar eventos adversos (EA) y/o Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), que afectarán a nuestros pacientes a pesar del profesionalismo de nuestro Recurso Humano.

De acuerdo a lo anterior, el Complejo Hospitalario San José de Maipo, ha generado una planificación y seguimiento de las actividades ligadas a los procesos de atención, para mejorar la seguridad de sus usuarios.

El seguimiento ayuda a que la atención proporcionada sea lo más segura posible, se minimiza el riesgo y se actúa de forma oportuna.

El programa incorpora un sistema de evaluación interna de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes en los procesos clínicos, asistenciales y de apoyo basado en contrastar los resultados obtenidos con los requerimientos del modelo “Estándar General Acreditación Atención Cerrada” y otros indicadores críticos contenidos en Normas MINSAL de Calidad y Seguridad.

Las actividades planificadas para este efecto son las siguientes:

- ✓ Estandarización de los registros de datos clínicos y administrativos del paciente.
- ✓ Medición seguimiento y mejoría continua de indicadores de seguridad en la atención del paciente establecidos por el MINSAL:
 - Prevención de úlceras por presión (UPP)
 - Prevención de error de medicamentos
 - Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
 - Estandarización de protocolos de medidas de prevención para la seguridad del paciente:
 - Prevención de eventos adversos
 - Prevención de infecciones asociadas a la atención (IAAS)
- ✓ Seguimiento de los avances y del grado de cumplimiento de planes de supervisión de la vigilancia activa de IAAS establecidos en protocolos institucionales:
 - Infección del tracto urinario por catéter urinario permanente
 - Infección intestinal aguda en menores de 2 años hospitalizados
 - Infección respiratoria aguda en menores de 2 años hospitalizados
 - Neumonía intrahospitalaria no asociada a ventilación mecánica
 - Infección con diarrea por Clostridium Difficile
- ✓ Implementar el sistema de vigilancia de eventos adversos, dándole la importancia y utilidad del sistema de notificación, así como la obtención de la retroalimentación de los equipos de trabajo en forma oportuna.

- ✓ Seguimiento de los avances y del grado de cumplimiento de programas anuales de mantenimiento preventivo de: equipos críticos, instalaciones y control de riesgos a exposiciones.
- ✓ Participación activa en jornadas de inducción para personal en la institución, relacionada con la calidad de atención dando énfasis en la seguridad y prevención de eventos adversos e IAAS.
- ✓ Promover y supervisar la realización de las capacitaciones definidas en el Complejo Hospitalario San José de Maipo, relacionadas con Calidad y Seguridad de la Atención

4. Red de Calidad Local

La Red de Calidad, permite mejorar la adhesión a las prácticas de calidad y seguridad del paciente en nuestro establecimiento, buscando generar espacios de reflexión sistemáticos y ordenados, que den sentido al trabajo y permitan tomar las decisiones con la mayor y mejor información disponible. De acuerdo a lo anterior, la Red de Calidad tiene como función esencial colaborar y apoyar a la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, en la formulación, implementación y evaluación de planes y programas de calidad locales, involucrando activamente a los funcionarios en su desarrollo. Asimismo, definir, evaluar y reportar formalmente las metas de Calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente.

En ese contexto, resulta imperioso fortalecer el trabajo de la Red de Calidad, mediante:

- ✓ Reformulación y definición a través de resolución de encargados de calidad de las distintas unidades y servicios del Complejo.
- ✓ Realización de reuniones de trabajo sistemáticas,
- ✓ Elaboración de programa de trabajo local en planes de mejora en cada servicio, principalmente relacionado con meta de calidad y actividades de difusión.
- ✓ Participación activa en los procesos de autoevaluación a realizarse durante el año

INDICADORES RELEVANTES DE CADA AREA DEL PROGRAMA DE
CALIDAD AÑO 2016

| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|------------------------|--|---|-----------------|------------|
| Autorización Sanitaria | Demostración sanitaria de los recintos construidos antes de febrero 2006. Original o copia legalizada | Nº de certificados de demostración y/o autorización sanitaria /Nº Total de certificados de demostración y/o autorización sanitaria requeridos por el CHSJM para el año 2016 | 100% | 31.12.2016 |
| | Certificado autorización sanitaria de SEDILE, Original o copia legalizada | | | |
| | Certificado autorización sanitaria de Infectología y Laennec. Original o copia legalizada | | | |
| | Solicitud de Autorización Sanitaria Sala de Procedimientos | | | 31.01.2017 |

| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|-----------------------------|--|--|-----------------|------------|
| Acreditación de Prestadores | Evaluación Cumplimiento de las características de acreditación obligatorias | Nº de características obligatorias cumplidas año 2016/ Total de característica obligatorias que corresponde al CHSJM | 100% | 31.12.2016 |
| | Evaluación Cumplimiento de las características No obligatorias de acreditación | Nº de características NO obligatorias cumplidas año 2016 / total de característica NO obligatorias que corresponden al CHSJM | | |

| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|------------------------|--|--|-----------------|------------|
| Seguridad del Paciente | Seguimiento semestral y análisis de los indicadores globales críticos de la seguridad del paciente | Nº de Informes semestrales de indicadores globales críticos/ Total de informes último año. | 100% | 31.12.2016 |
| | Vigilancia activa como prevención de IAAS, programada de acuerdo a protocolo GCL 3.2 | Nº de actividades de Vigilancia Activa IAAS de acuerdo a protocolo GCL 3.2 / Total de actividades de acuerdo al programa de vigilancia activa de IAAS del protocolo GCL 3.2 del año 2016 | 90% | 31.12.2016 |

| Área | Actividad | Formula indicador | Umbral /Meta | Plazo |
|----------------|--|---|--------------|--------------------------|
| Red de calidad | Autoevaluaciones con apoyo de gestores de Calidad de la Red del SSMSO; MINSAL | Nº autoevaluaciones con apoyo de evaluadores del SSMSO / Total autoevaluaciones realizadas 2016. | 100% | 31.12.2016 |
| | Ánalisis de resultados de las autoevaluaciones efectuadas en el año 2016 con planes de mejoras | Nº de análisis de resultados de autoevaluaciones año 2016 con planes de mejora / Total de autoevaluaciones realizadas año 2016. | 100% | 30.06.2016 30.12.2016 |



CARTA GANTT PROGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2016

| Área | ACTIVIDAD | En | Fe | Mar | Ab | May | Jun | Jul | Ag | Se | Oc | No | Di |
|---|---|----|----|-----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | |
| Autorización Sanitaria | AS de SEDILE | | | | | | | | X | | | | |
| | AS de Infectología | | | | | | | | | | X | | |
| | AS de Laennec | | | | | | | | | | X | | |
| | Solicitud de AS de Sala de procedimiento | | | | | | | | | | | | X |
| Acreditación de Prestadores | Definición Cartera de Servicios | | | | | | | | | | | | X |
| | Realizar autoevaluaciones | | | | X | | | X | | X | | X | |
| | Reuniones de trabajo con jefes y encargados de calidad | | | | | X | | X | | | X | | |
| | Cumplir con el estándar solicitado para acreditar | | | | | | | | | | | | X |
| | Documentos en SIS-Q y página web | | | | | | | | | | | | X |
| Seguridad del Paciente | Modificación de protocolos de acuerdo a evidencia y realidad local | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Vigilancia Activa de Eventos Adversos | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Vigilancia Activa de IAAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Participación en Inducción a personal nuevo y alumnos USS | | | X | | | | | | X | X | X | X |
| | Realizar capacitaciones en calidad a los funcionarios | | | X | | | | | | X | | X | |
| Red de Calidad | Seguimiento semestral de los indicadores globales críticos | | | | | | | X | | | | | X |
| | Revisión y Actualización de resoluciones de encargados de Calidad y de responsables de las características. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Evaluación externa por el MINSAL | | | | | | | | | | | X | |
| | Participación en Jornadas y/o reuniones con la Red Sur Oriente | | | | | X | | | | X | | X | |
| | Solicitar la acreditación a la Superintendencia de Salud | | | | | | | | | | | | X |
| Actividades de supervisión en terreno | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Participación en Consejos Técnicos | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Difundir las Políticas de calidad Institucional | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Asesoría a los equipos clínicos y administrativos y directivos para la seguridad del paciente | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

INDICADOR DE EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA CARTA GANTT

Objetivo: Desarrollar un sistema de evaluación del cumplimiento de las actividades programadas en Cronograma del año 2016 (carta Gantt).

Meta: Lograr al menos el 90% del cumplimiento de las actividades programadas en la Carta Gantt

| Actividad | Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
|---|--|--|------|------------|
| Revisión y seguimiento del cumplimiento de las actividades programadas para el año 2016 | Nº de actividades realizadas / Total de actividades programadas de acuerdo a Carta Gantt 2016. | Registro de constatación de cada actividad | 90% | 31.12.2016 |

INDICADORES SISTEMA VIGILANCIA ACTIVA IAAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
|--|---|--|----------------------|------------|
| Tasa de infecciones urinarias asociadas a catéter permanente en hospitalizados | Nº infecciones de tracto urinario (ITU) en pacientes con catéter urinario permanente (CUP) por más de 24 horas / Nº de días de uso de CUP X 1.000 | Registros de fichas clínicas, Registros de vigilancia de cultivos, Registros de Vigilancia Activa. | Percentil 75 | 31.12.2016 |
| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
| Tasa de infección intestinal aguda en menores de 2 años. | Nº infecciones intestinales en lactantes hospitalizados / Nº de días camas ocupado X 1.000 | Registros de fichas clínicas, Registros de vigilancia Activa. | Percentil 75 | 31.12.2016 |
| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
| Tasa de infección respiratoria aguda en lactantes menores de 2 años | Nº de IRA en lactantes hospitalizados/Nº total de días camas ocupado X 1.000 | Registros de fichas clínicas, Registros de vigilancia Activa. | Tasa real base local | 31.12.2016 |
| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
| Tasa de neumonía en adultos, no asociada a ventilación mecánica | Nº de Neumonía no asociada a VM/ Nº de días camas ocupado X 1000 | Registros de fichas clínicas, Registros de vigilancia Activa. | Tasa real base local | 31.12.2016 |
| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
| Tasa de diarrea por clostridium difficile en hospitalizados. | Nº de diarreas por CD/ Nº de días camas ocupadas X 10.000 | Registros de fichas clínicas, Registros de vigilancia Activa. | < 10 | 31.12.2016 |

INDICADORES GLOBALES CRITICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| Nombre | Fórmula del Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
|---|--|--|------|------------|
| Porcentaje de cumplimiento de las medidas de prevención de úlceras por presión. | Nº de pautas que cumplen con las medidas de prevención de UPP / N° Total de pautas aplicadas X 100 | Pauta de Supervisión de medidas de prevención de UPP. | 90% | 31.12.2016 |
| Porcentaje de cumplimiento de prevención de error de medicación. | Nº de pautas que cumplen con las medidas de prevención de error de medicación / N° Total de pautas aplicadas X 100 | Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación. Registro de enfermería | 90% | 31.12.2016 |
| Porcentaje de cumplimiento de prevención de caídas. | Nº de pautas que cumplen con las medidas de prevención de caídas / N° Total de pautas aplicadas X 100 | Pauta de Supervisión de medidas de prevención de caídas. Registro de enfermería | 90% | 31.12.2016 |

EVALUACION DEL PROGRAMA CALIDAD 2016

Este programa tendrá una vigencia de un año y la evaluación de éste plan de trabajo se reflejará en el Informe de Evaluación Anual realizado en el mes de enero del año siguiente, el que debe incluir análisis de los resultados obtenidos, con el fin de detectar las brechas y realizar las mejoras que correspondan, de acuerdo al cumplimiento de las metas e indicadores definidos para cada una de las áreas de acción.

Este informe será elaborado por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobados por la Dirección del complejo Hospitalario San José de Maipo.

La Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo, considera lo señalado en esta Programación, como parte integral del servicio que otorga, y por ello, se define como prioritaria en toda la línea gerencial, asegurando su difusión, comprensión y cumplimiento en todos los niveles de la organización.



PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO AÑO 2017

Objetivo General

Mejora continua para alcanzar la excelencia de los servicios, que se logra a través del seguimiento, revisión y mejoramiento de los procesos.

Objetivos específicos

- Establecer una política de calidad difundida, desplegada y aplicada en la gestión de la atención.
- Implementar metodologías adecuadas de medición y control de los procesos hospitalarios.
- Implementar acciones de mejora continua, monitoreo y evaluación y análisis de sus resultados.
- Fomentar actividades que permitan el desarrollo de las competencias necesarias para la efectividad de las estrategias de Calidad y Seguridad del Paciente en la comunidad funcional.
- Desarrollar y coordinar las actividades relacionadas con Calidad y Seguridad de los pacientes en el Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- Conducir al establecimiento hacia la obtención y mantención de una entidad de salud acreditada de atención cerrada y cuando corresponda también de atención abierta.

AREAS DE ACCION AÑO 2017

De acuerdo a los resultados obtenidos en los últimos años y en espera del resultado del proceso de acreditación al cual se someterá el CHSJM, se decide mantener las áreas de acción de los años anteriores.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

Este programa tendrá una vigencia de un año y la evaluación de éste plan de trabajo se reflejará en el Informe de Evaluación Anual realizado en el mes de enero del año siguiente, el que debe incluir análisis de los resultados obtenidos, con el fin de detectar las brechas y realizar las mejoras que correspondan, de acuerdo al cumplimiento de las metas e indicadores definidos para cada una de las áreas de acción.



Este informe será elaborado por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobados por la Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo.

La Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo, considera lo señalado en esta Programación, como parte integral del servicio que otorga, y por ello, se define como prioritaria en toda la línea gerencial, asegurando su difusión, comprensión y cumplimiento en todos los niveles de la organización.

INDICADORES RELEVANTES DE CADA AREA DEL PROGRAMA DE CALIDAD AÑO 2017

| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|------------------------|---|--|--------------|------------|
| Autorización Sanitaria | Solicitud de Autorización Sanitaria de Sala de Procedimientos. | Nº de certificados de solicitud de Autorización Sanitaria /Nº Total de certificados solicitados de Autorización Sanitaria requeridos a la Seremi por el CHSJM para el año 2017 | 100% | 31.12.2017 |
| | Solicitud de Autorización Sanitaria de Sala de Rayos Osteomuscular. | | | |
| | Solicitud de Autorización Sanitaria de Sala de Rayos Dental. | | | |

| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|-----------------------------|--|--|--------------|------------|
| Acreditación de Prestadores | Evaluación Cumplimiento de las características de acreditación obligatorias | Nº de características obligatorias cumplidas año 2017/ Total de característica obligatorias que corresponde al CHSJM | 100% | 30.12.2017 |
| | Evaluación Cumplimiento de las características No obligatorias de acreditación | Nº de características NO obligatorias cumplidas año 2017 / total de característica NO obligatorias que corresponden al CHSJM | | |



| Área | Actividad | Formula Indicador | Umbral/ Meta | Plazo |
|------------------------|--|---|-----------------|------------|
| Seguridad del Paciente | Seguimiento semestral y análisis de los indicadores globales críticos de la seguridad del paciente | Nº de Informes semestrales de indicadores globales críticos/ Total de informes último año. | 100% | 30.12.2017 |
| | Vigilancia activa como prevención de IAAS, programada de acuerdo a protocolo GCL 3.2 | Nº de actividades de Vigilancia Activa IAAS de acuerdo a protocolo GCL 3.2 / Total de actividades de acuerdo al programa de vigilancia activa de IAAS del protocolo GCL 3.2 | 90% | 30.12.2017 |

| Área | Actividad | Formula indicador | Umbral /Meta | Plazo |
|----------------|---|---|--------------|------------|
| Red de calidad | Autoevaluaciones con apoyo de gestores de Calidad de la Red del SSMSO; MINSAL y Retribución de la USS | Nº autoevaluaciones con apoyo de evaluadores del SSMSO MINSAL y Retribución de la USS / Total autoevaluaciones realizadas 2017. | 100% | 30.06.2017 |
| | Ánalysis de resultados de las autoevaluaciones efectuadas en el año 2017 con planes de mejoras | Nº de análisis de resultados de autoevaluaciones año 2017 con planes de mejora / Total de autoevaluaciones realizadas año 2017. | 100% | 30.12.2017 |

CARTA GANTT ACTIVIDADES AÑO 2017

| ACTIVIDAD | En | Fe | Mar | Ab | May | Ju | Ju | Ag | Se | Oc | No | Di |
|---|----|----|-----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| Obtención AS sala de procedimiento | | | | X | | | | | | | | |
| Revisión documental impresa y actualizada en cada punto de verificación con encargados de ámbitos y/o característica | X | X | X | X | | | | X | | | | X |
| Revisión y actualización resoluciones encargados de calidad de las unidades | | X | X | | | X | | | X | | | X |
| Seguimiento activo de Planes de Mejora, elaborados por encargados de ámbitos y/o características | X | X | X | | X | X | | | X | | | X |
| Evaluación y monitoreo permanente del cumplimiento de los estándares Generales de Acreditación de Atención cerrada | X | X | X | | | X | | | X | | | X |
| Seguimiento del grado de cumplimiento del Programa anual de mantenimiento preventivo de: equipos críticos; instalaciones y control de riesgos a exposiciones. | X | | X | | X | X | | X | X | | | X |
| Inscripción en el registro de prestadores acreditados SIS | | | | | | | X | | | | | |
| Participación activa en jornadas de inducción para personal de la institución, relacionada con la calidad y seguridad del paciente. | | X | | X | | | X | | X | | | |
| Reuniones periódicas con Encargados de Calidad de las diferentes unidades | X | X | | | X | X | | X | X | | | X |
| Monitoreo de los indicadores de Seguridad de pacientes (globales críticos) | | X | | | | X | | | | | | X |
| Vigilancia activa de seguridad de pacientes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Vigilancia activa de IAAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoreo de indicadores de IAAS | | X | | | | X | | | | | | X |
| Reuniones con Encargados Calidad del SSMSO | X | | | X | | | X | | | | X | |
| Autoevaluaciones para mantención de estándares de acreditación. | | | X | | | | X | | | | X | |
| Mantener actualizados los documentos en SIS-Q y Web institucional | | | X | | | X | | X | | | | X |



INDICADOR DE EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA CARTA GANTT

Objetivo: Desarrollar un sistema de evaluación del cumplimiento de las actividades programadas en Cronograma del año 2017 (carta Gantt).

Meta: Lograr al menos el 90% del cumplimiento de las actividades programadas en la Carta Gantt

| Actividad | Indicador | Verificador | Meta | Plazo |
|---|--|--|------|------------|
| Revisión y seguimiento del cumplimiento de las actividades programadas para el año 2017 | Nº de actividades realizadas / Total de actividades programadas de acuerdo a Carta Gantt 2017. | Registro de constatación de cada actividad | 90% | 30.12.2017 |

COPIA NO ORIGINAL



PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO AÑO 2018

Objetivo General

Mejora continua para alcanzar la excelencia de los servicios, que se logra a través del seguimiento, revisión y mejoramiento de los procesos.

Objetivos específicos

- Establecer una política de calidad difundida, desplegada y aplicada en la gestión de la atención.
- Implementar metodologías adecuadas de medición y control de los procesos hospitalarios.
- Implementar acciones de mejora continua, monitoreo y evaluación y análisis de sus resultados.
- Fomentar actividades que permitan el desarrollo de las competencias necesarias para la efectividad de las estrategias de Calidad y Seguridad del Paciente en la comunidad funcionaria.
- Desarrollar y coordinar las actividades relacionadas con Calidad y Seguridad de los pacientes en el Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- Conducir al establecimiento hacia la mantención de una entidad de salud acreditada de atención cerrada y cuando corresponda también de atención abierta.

AREAS DE ACCION AÑO 2018

De acuerdo a los resultados obtenidos en los últimos años y manteniendo los resultados obtenidos en el Primer Proceso de Acreditación, se espera la mantención de los indicadores evaluados e implementación de las mejoras de aquellos que no dieron cumplimiento según pauta de Acreditación, en nuestro CHSJM.



SISTEMA DE EVALUACIÓN

Este programa tendrá una vigencia de un año y la evaluación de éste plan de trabajo se reflejará en el Informe de Evaluación Anual realizado en el mes de enero del año siguiente, el que debe incluir análisis de los resultados obtenidos, con el fin de detectar las brechas y realizar las mejoras que correspondan, de acuerdo al cumplimiento de las metas e indicadores definidos para cada una de las áreas de acción.

Este informe será elaborado por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobados por la Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo.

La Dirección del Complejo Hospitalario San José de Maipo, considera lo señalado en esta Programación, como parte integral del servicio que otorga, y por ello, se define como prioritaria en toda la línea gerencial, asegurando su difusión, comprensión y cumplimiento en todos los niveles de la organización.

COPIA NO OFICIAL



CARTA GANTT ACTIVIDADES AÑO 2018

| ACTIVIDAD | En | Fe | Mar | Ab | May | Ju | Ju | Ag | Se | Oc | No | Di |
|---|----|----|-----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| Trabajo mejora continua con protocolos NO obligatorios | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Revisión documental impresa y actualizada en cada punto de verificación con encargados de ámbitos y/o característica | X | X | X | X | | | | X | | | | X |
| Revisión y actualización resoluciones encargados de calidad de las unidades | | X | X | | | X | | X | | | | X |
| Seguimiento activo de Planes de Mejora, elaborados por encargados de ámbitos y/o características | X | X | X | | X | X | | X | | | X | |
| Evaluación y monitoreo permanente del cumplimiento de los estándares Generales de Acreditación de Atención cerrada | X | X | X | | | X | | | X | | | X |
| Seguimiento del grado de cumplimiento del Programa anual de mantenimiento preventivo de: equipos críticos; instalaciones y control de riesgos a exposiciones. | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Seguimiento de las metas anuales de Calidad de las Unidades Clínicas | | X | | | X | | | X | | | X | |
| Participación activa en jornadas de inducción para personal de la institución, relacionada con la calidad y seguridad del paciente. | | X | | X | | | X | | X | | | |
| Reuniones periódicas con Encargados de Calidad de las diferentes unidades | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Monitoreo de los indicadores de Seguridad de pacientes (globales críticos) | | X | | | | X | | | | | | X |
| Vigilancia activa de seguridad de pacientes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Vigilancia activa de IAAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoreo de indicadores de IAAS | | X | | | | X | | | | | | X |
| Reuniones con Encargados Calidad del SSMSO | X | | | X | | | X | | | | X | |
| Autoevaluaciones para mantención de estándares de acreditación. | | | X | | | X | | | X | | | X |
| Mantener actualizados los documentos en SIS-Q y Web institucional | | | X | | | X | | | X | | | X |