



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN  
HOSPITAL G.M.O. GRANT BENAVENTE  
DIRECCION  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENF. CMH/ ENF. PTR/ ebc

**MEMORANDUM N°357**

En Concepción, a 14 de MAYO de 2025  
MAT.: Respuesta a Memorandum N° 57 Valida  
Meta de Calidad año 2025 APQ Pediatría.

**DE: ENF. CLAUDIA MUÑOZ HERNANDEZ  
JEFE DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**A: ENF. NATALIA MATUS DE LA PARRA ORTEGA  
ENFERMERA SUPERVISORA (S) SERVICIO CLINICO PEDIATRIA**



Junto con saludar, informo a usted que se valida Meta de Calidad año 2025 de punto verificación APQ Pediatría del Estándar de Acreditación para Atención Cerrada: **“Lograr el 80% de cumplimiento en la oportunidad de higiene de manos según protocolo, en el servicio durante el año 2025”**.

Sin otro particular, saluda atentamente,

ENF. CLAUDIA MUÑOZ HERNANDEZ  
JEFE

DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

**DISTRIBUCIÓN :**

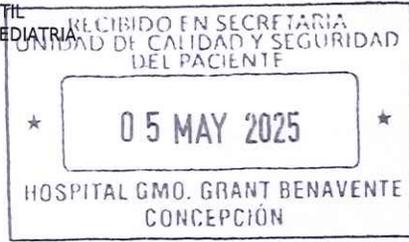
LA INDICADA - CAMILA CARDENAS VERGARA, SERVICIO CLINICO PEDIATRIA - ARCHIVO DIGITAL

**ARCHIVOS ADJUNTOS :**

[MEMO No 57 - PEDIATRIA - ENVIA CAL 1.2 META DE CALIDAD ANO 2025 APO PEDIATRIA..pdf](#)



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN  
HOSPITAL G.M.O. GRANT BENAVENTE  
CR MATERNO INFANTIL  
SERVICIO CLINICO PEDIATRIA



**MEMORANDUM N°57**

En Concepción, a 30 de ABRIL de 2025  
MAT.: META CALIDAD 2025



**DE: ENF. NATALIA MATUS DE LA PARRA ORTEGA**  
**ENFERMERA SUPERVISORA (S) SERVICIO CLINICO PEDIATRIA**

**A: ENF. CLAUDIA MUÑOZ HERNANDEZ**  
**JEFE DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Estimada

Junto con saludar adjunto meta APQ pediatría y meta pediatría correspondiente al año 2025.

ENF. NATALIA MATUS DE LA PARRA ORTEGA  
ENFERMERA SUPERVISORA (S)  
SERVICIO CLINICO PEDIATRIA

**DISTRIBUCIÓN :**

LA INDICADA - ARCHIVO DIGITAL

**ARCHIVOS ADJUNTOS :**

[META APO PEDIATRIA 2025..docx](#)

[META PED 2025..docx](#)



HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL  
DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE  
SERVICIO DE PEDIATRÍA

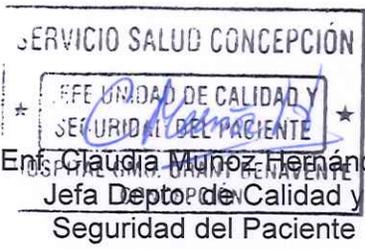
Vigencia:  
Enero 2025- Diciembre 2025

## META DE CALIDAD AÑO 2025

PUNTO VERIFICADOR: APQ

SUBPUNTO: SERVICIO DE PEDIATRÍA

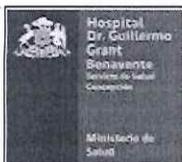
CARACTERISTICA CAL 1.2

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p data-bbox="211 1445 454 1569"><i>pp</i> </p> <p data-bbox="211 1569 552 1707">Camila Cárdenas Vergara Enfermera Encargada de Calidad Servicio de Pediatría</p> <p data-bbox="292 1856 470 1893">ENERO 2025</p>	<p data-bbox="625 1432 990 1682"></p> <p data-bbox="625 1569 1031 1682">Em. Claudia Muñoz Hernández Jefa Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p data-bbox="738 1856 917 1893">ENERO 2025</p>	<p data-bbox="1088 1395 1307 1657"></p> <p data-bbox="1088 1569 1421 1657">Dr. Jaime Tapia Zapatero Jefe de Servicio Pediatría</p> <p data-bbox="1161 1856 1339 1893">ENERO 2025</p>



### FICHA INDICADOR

<b>Servicio o Unidad</b>	Servicio de Pediatría	
<b>Meta de Calidad Anual</b>	Lograr el 80% de cumplimiento en la oportunidad de higiene de manos según protocolo, en el servicio durante el año 2025.	
<b>Tipo de Indicador</b>	Proceso	
<b>Descripción y racionalidad</b>	Realización de la higiene de manos en el momento pertinente para la prevención de transmisión de microorganismos vía mano portada. Procedimiento utilizado para reforzar la seguridad de la atención.	
<b>Numerador</b>	Número de oportunidades de higiene de manos ajustada a norma local en el Servicio de Pediatría durante el periodo en estudio en HGGB	<b>X 100</b>
<b>Denominador</b>	Número total de oportunidades de higiene de manos evaluadas en el Servicio de Pediatría del HGGB, durante el periodo en estudio	
<b>Fuente de datos</b>	Pauta de cotejo Oportunidad de higiene de manos y estadística REM	
<b>Umbral de cumplimiento</b>	80%	
<b>Periodicidad de la Medición</b>	Trimestral	
<b>Metodología de la Medición</b>	<p>Para la medición de cumplimiento de indicador se aplicará pauta de cotejo (Anexo 1).</p> <p>Para el cálculo de la muestra se utilizará el promedio trimestral de los días camas ocupados del año anterior, de acuerdo a las directrices otorgadas desde la Unidad de calidad y seguridad del paciente, y se multiplicará por 24 (promedio de lavados de manos diarios por paciente),</p> <p>El valor obtenido se ingresará a la calculadora de tamaño muestral para indicadores de calidad sugerida por Superintendencia de salud en Monografías de apoyo a la acreditación, con una confianza de 95% y un margen de error del 10%, con un cumplimiento esperado del 70%, obteniéndose el número trimestral de pautas a aplicar, las que deben distribuirse equitativamente en los meses del trimestre; aleatorizando aplicación de pautas de lunes a viernes.</p> <p>Para aleatorizar y programar los días de las mediciones se utilizará el sitio sugerido en Monografías de apoyo a la acreditación N°1, Intendencia de prestadores, agosto 2020 (<a href="http://www.randomizer.org/form.html">http://www.randomizer.org/form.html</a>) o aleatorización en Excel.</p>	



HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL  
DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE  
SERVICIO DE PEDIATRIA

Vigencia:  
Enero 2025- Diciembre 2025

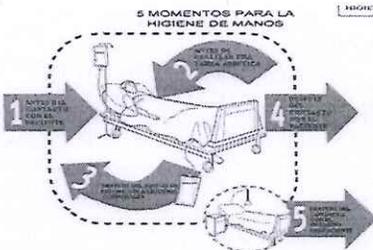
	<p>Además, se utilizará un muestreo estratificado entre los integrantes del equipo de salud, considerando los siguientes porcentajes: Médicos 20%, Profesionales no médicos 30%, TENS 40% y Auxiliares 10%</p> <p>Mecanismo de sustitución: En caso de que el día aleatorizado corresponda aplicar pauta a un estamento que no se encuentre disponible o sea día inhábil, se aplicará la pauta el día hábil siguiente.</p>
<b>Objetivo del programa de Calidad Institucional</b>	<p><b>Objetivo N°2:</b></p> <p>“Reducir los riesgos asociados a los procesos asistenciales para usuarios y funcionarios, mediante el cumplimiento de normativas vigentes en seguridad del paciente, calidad de la atención, programas y protocolos establecidos”.</p> <p>(Característica GCL 3.3).</p>
<b>Responsable de la Medición</b>	Encargado de Calidad



ANEXO 1. "Pauta de observación Oportunidad de Higiene de manos"



PAUTA DE COTEJO  
 DE OPORTUNIDAD DE HIGIENE DE MANOS  
 GCL 3.3



UNIDAD O SERVICIO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE OBSERVADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

N°	CASOS Estamento	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			CUMPLIMIENTO	
		MOMENTOS: 1-2-3-4-5	Nombre Evaluado	Firma Evaluado	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Se considera que el protocolo se cumple, si se cumple con el 100% de los criterios consignados.

Marque el numero del momento de acuerdo a lo observado.

Observaciones:

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO:

Marque con un ✓ la celda de SI o NO de acuerdo al cumplimiento de la materia señalada.