**Informe del Programa anual de calidad 2022**

**Segundo Semestre**

16 de Enero del 2023

Objetivo 1: Establecer una estructura formal del comité de calidad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad Propuesta | Conclusión | Cumplimiento |
| Realizar reuniones de calidad de manera Bimestral Partir de Marzo. | Durante el año se deben realizar las siguientes reuniones:  Marzo 2022  Mayo 2022  Julio 2022  Septiembre 2022  Noviembre 2022  De las cuales se realizaron las siguientes:  Marzo 2022 se realiza el 21 de Abril 2022 debido a otros compromisos de gestión del equipo de calidad.  Mayo 2022 se realiza el 26/05/2022.  La reunión del 28 de Julio debe ser suspendida porque encargada de calidad está con COVID-19.  La reunión de Septiembre se realiza el 22/09/2022.  La reunión de Noviembre no se puede realizar debido a que la fecha programada para la reunión de calidad coincide con la fecha en que asisten desde SSA. Para evaluación de documentos por parte de las asesoras de Calidad. | Se realiza solo un 60% de las reuniones propuestas y el umbral de cumplimiento establecido para esta actividad es del 80% por lo tanto esta actividad no se da por cumplida. |

Objetivo 2: Sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de incorporar procesos de mejora continua.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad Propuesta | Conclusión | Cumplimiento |
| Realizar reuniones de calidad de manera Bimestral Partir de Marzo. | Durante el año se realizan 14 reuniones en total (4 ampliadas, 5 sector A y 5 sector B).  De estas reuniones, se habla de temas relacionados con Calidad en 4 reuniones ampliadas, y 2 de cada sector, realizadas los días:  02/03/2022 Sector A  09/03/2022 Sector B  02/11/2022 Sector A  09/11/2022 Sector B  10/03/2022 Reunión Ampliada  14/07/2022 Reunión Ampliada  08/09/2022 Reunión Ampliada  10/11/2022 Reunión Ampliada | Se incorporan temas de calidad en 8 de 14 reuniones programadas, que equivale a un 57% y el umbral de cumplimiento de esta actividad es de 50%, por lo tanto se da por cumplida. |

Objetivo 3: Dar Cumplimiento al 65% de las características que aplican a los servicios clínicos, administrativos y de apoyo de nuestro CESFAM.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad Propuesta | Conclusión | Cumplimiento |
| Realizar el 65% de los documentos requeridos. | Durante el año se cuentan con los documentos que dan cumplimiento a las siguientes características:  DP 1.2, DP 1.3, DP 5.1, CAL 1.1, GCL 3.2, GCL 2.2, GCL 1.8, AOC 1.1, AOC 2.1, EQ 1.2, RH 4.1, RH 4.2, REG 1.1, REG 1.4, EQ 2.1, EQ 3.1, EQ 2.2, INS 1.1, INS 3.1, INS 3.2, APL 1.2, APF 1.3, APE 1.3, APE 1.4, APA 1.2, APK 1.2, APK 1.3.  Las características que se pretenden presentar para el proceso de acreditación son:  DP 1.1, DP 1.2, DP 1.3, DP 3.1, DP 4.1, DP 4.2, DP 5.1, CAL 1.1, GCL 1.5, GCL 1.8, GCL 2.2, GCL 3.1, GCL 3.2,AOC 1.1, AOC 2.1,RH 1.1, RH 1.2, RH 1.3, RH 4.1, RH 4.2, REG 1.1, REG 1.4, EQ 1.2, EQ 2.1, EQ2.2, EQ 3.1, INS 2.1, INS 2.2, INS 3.2, APL 1.1, APE 1.2, APE 1.3, APE 1.4, APF 1.3, APK 1.2, APK 1.3, APA 1.1, APA 1.2.  Corresponden a 38 características de 54 que nos son aplicables. | Los documentos elaborados y revisados, dan cumplimiento para alcanzar un 70 % de las características aplicables por lo que se da por cumplida. |
| Implementación de pautas de supervisión con indicadores. | Las características que requieren aplicación de pautas de supervisión son: APK 1.2, APK 1.3, GCL 3.2, APF 1.3.  Durante el año 2023 solo se logra incorporar la aplicación de las pautas de supervisión de APK 1.2, APK 1.3 y APF 1.3. | Se cumple con un 75% de las características y el umbral de cumplimiento de esta actividad es de un 60% por lo que se da por cumplida. |

Objetivo 4: Dar cumplimiento al 100% de las características obligatorias que aplican en el CESFAM.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad Propuesta | Conclusión | Cumplimiento |
| Realizar el 100% de los documentos requeridos. | Durante el año se cuentan con los documentos que dan cumplimiento a las siguientes características:  CAL, 1.1 AOC 1.1, AOC 2.1, REG 1.1, GCL 1.8, EQ 2.1.  Las características que se pretenden presentar para el proceso de acreditación son:  DP 1,1, DP 4.1, CAL 1.1, AOC 1.1, AOC 2.1, GCL 1.8, REG 1.1, RH 1.1, RH 1.2, EQ 2.1 | Los documentos realizados dan constancia del 100% de características obligatorias que requieren documentos, por lo que se da por cumplida la actividad. |
| Implementación de pautas de supervisión. | Las pautas de supervisión requeridas para esta característica son las utilizadas en EQ 2.1, las que se han realizado oportunamente. | Se aplica pauta de supervisión en el 100% de actividades obligatorias en donde se requiere de pauta de supervisión por lo que se da por cumplida la actividad. |

Objetivo 5: Implementar una cultura de seguridad clínica a través de la vigilancia y la notificación de eventos adversos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Actividad Propuesta | Conclusión | Cumplimiento |
| Analizar Eventos Adversos y proponer planes de mejora | Se realiza análisis de todos los eventos adversos ocurridos durante el año 2022, en las reuniones de Calidad. | Se da por cumplida la actividad. |
| Evaluar planes de mejora implementados para evitar eventos adversos. | Se evalúan todos los planes de mejora propuestos en el año 2022. | A pesar de la evaluación, no es posible dar cumplimiento a esta actividad debido a que las evaluaciones no contaron con un registro físico. |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividades cumplidas | 6 |
| Actividades propuestas | 8 |
| Resultado de cumplimiento del plan de mejora | 75% |

El plan de calidad se da por cumplido ya que un 75% de las actividades llegó a su umbral de cumplimiento propuesto.

Fortalezas:

* Preocupación desde dirección por resguardar tiempos para trabajo en calidad de profesional encargado de esta unidad.
* Equipo del CESFAM y Posta está comprometido con el proceso de acreditación.
* Profesional encargado de calidad, con experiencia en proceso de preparación para acreditación.

Debilidades:

* Muchas actividades de enfermería deben ser cubiertas por profesional encargada de calidad debido a la alta demanda de prestaciones en pandemia COVID-19 y brecha existente en horas de profesional de enfermería.

Oportunidades:

* Desde Servicio de salud Aconcagua, asesoras de calidad están brindando apoyo constantemente a la institución.
* Desde el Servicio de Salud Aconcagua envían cupo para capacitación para formador de evaluadores y acreditación, esto permite actualizar los conocimientos.

Amenazas:

* Durante el año 2022, por contexto de COVID-19, se solicita que el personal que realiza labores administrativas y de gestión, apoye en la toma de PCR y actividades relacionadas con notificación de casos positivos, reduciendo considerablemente el tiempo destinado para trabajo en calidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dina Guerra Campos Natalia Rios Rojas

Encargada de Calidad Directora

CESFAM José Joaquín Aguirre CESFAM José Joaquín Aguirre