**PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Dina Guerra Campos  Enfermera encargada de Calidad  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Comité de Calidad  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Natalia Rios Rojas  Directora  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga |
| 02/01/2023 | 26/01/2023 | 26/01/2023 |

1**-. Objetivos**

Objetivo General:

Fortalecer un sistema de gestión de calidad que permita brindar una atención segura, desarrollando estrategias en los procesos asistenciales y administrativos involucrados, con mira en la obtención de la acreditación de Prestadores Institucionales de salud.

Objetivos Específicos:

* Establecer una estructura organizacional de calidad en la institución.
* Sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de incorporar procesos de mejora continua.
* Dar cumplimiento al 65% de las característica generales del “Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta” que aplican a los servicios clínicos, administrativos y de apoyo de nuestro CESFAM.
* Dar cumplimiento al 100% de las características obligatorias del “Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta” que aplican en el CESFAM.
* Implementar una cultura de seguridad clínica a través de la vigilancia y la notificación de eventos adversos.
* Disminuir la incidencia de eventos adversos en el Establecimiento.

2.- Periodo y modalidad de evaluación:

La evaluación del programa de Calidad se realizará de manera semestral.

Para dar cumplimiento al programa de calidad anual en su totalidad, durante el primer semestre deberá lograr un 70% de cumplimiento de las actividades propuestas y para el segundo semestre deberá contar con un 100% de cumplimiento de las actividades propuestas.

3.- **Desarrollo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo | Actividades | Fórmula y % de cumplimiento | Responsable | Plazo | Verificador de cumplimiento |
| Establecer una estructura formal del comité de calidad. | Realizar reuniones de calidad de manera bimestral a partir de Marzo. | Reuniones realizadas/ reuniones programadas x 100  Cumplimiento= 80% | Encargado de calidad. | Diciembre del 2023. | Actas de reuniones. |
|  | Formalizar el comité de Calidad a través de decreto alcaldicio en donde se indiquen sus integrantes. | Cumplimiento= Formalización del comité de calidad institucional. | Encargado de Calidad | Marzo 2023 | Decreto Alcaldicio. |
|  | Designar encargado del programa de Calidad Institucional | Cumplimiento= Formalización de la designación del encargado del programa de calidad. | Dirección | Marzo 2023 | Decreto alcaldicio |
| Sensibilizar al equipo de salud sobre la importancia de incorporar procesos de mejora continua. | Incorporar temas de calidad y acreditación en reuniones de sector y ampliadas. | Reuniones en las que se habla sobre temas de calidad./Reuniones programadas X 100  Cumplimiento= 50% | Equipo de calidad | Enero a Diciembre del 2023. | Actas de reuniones de Sector y Ampliadas. |
| Dar cumplimiento al 65% de las característica generales del “Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta” que aplican a los servicios clínicos, administrativos y de apoyo de nuestro CESFAM. | Realizar Autoevaluación Trimestral para monitorizar el estado de cumplimiento de las características. | Características aplicables que se cumplen en el establecimiento/Características que aplican en el establecimiento.  Cumplimiento= 65% | Encargada de Calidad. | Julio 2023  Diciembre 2023 | Excel con autoevaluación del primer corte. |
| Dar cumplimiento al 100% de las características obligatorias del “Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta” que aplican en el CESFAM. | Realizar Autoevaluación Trimestral para monitorizar el estado de cumplimiento de las características. | Formula:  Características obligatorias que se cumplen en el establecimiento/Características obligatorias que aplican en el establecimiento.  Cumplimiento: 100% | Encargada de Calidad. | Diciembre 202 3 | Excel con autoevaluación del primer corte. |
| Implementar una cultura de seguridad clínica a través de la vigilancia y la notificación de eventos adversos. | Analizar eventos adversos y proponer planes de mejora. | Eventos adversos analizados en reunión de calidad con sus planes de mejora/ eventos adversos del periodo X 100  Cumplimiento= 100% | Equipo de Calidad y Encargado de área. | Enero a Diciembre 2023 | Actas de reuniones de calidad. |
|  | Dar seguimiento a los planes de mejora implementados para evitar eventos adversos. | Cumplimiento= Disminución de la incidencia de eventos adversos en 10 puntos porcentuales en relación al año 2022. | Dirección  Encargada de calidad.  Jefes de unidad. | Diciembre 2023 | Actas de supervisión de Calidad. |

**8.- Distribución**

a. Dirección del establecimiento

b. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

c. Subdirecciones del establecimiento

d. Encargado/a MAISF

e. Encargados/as de Programa

f. Encargados/as de Sector

g. Encargados/as de Posta

h. Encargados/as de Unidad

**10-. Tabla de Modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 02-01-2023 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |