**Informe semestral programa anual de calidad 2023**

**Primer Semestre**

10 de Julio del 2023

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Verificadores | Porcentaje de cumplimiento | Cumplimiento |
| Realizar reuniones de calidad de manera bimestral a partir de Marzo. | Acta de reuniones de calidad de Enero y Marzo | 66% | No cumple |
| Formalizar el comité de Calidad a través de decreto alcaldicio en donde se indiquen sus integrantes. | Decreto alcaldicio 224 | 100% | Cumple |
| Designar encargado del programa de Calidad Institucional | Decreto Alcaldicio 1525 | 100% | Cumple |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento del primer objetivo** |
| No se logra cumplir con la primera actividad debido a que la reunión correspondiente a Mayo debió ser cancelada 2 veces. La primera vez debido a que casi todo el comité se encontraba en capacitación y la segunda vez por el mismo motivo.  El resto de las actividades se ha podido cumplir debido a que se respetan los tiempos de trabajo de encargada de calidad y personal de recursos humanos para gestionar dichos nombramientos en la Municipalidad.  Las actividades planteadas efectivamente contribuyen al cumplimiento de este objetivo. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Verificadores | Porcentaje de cumplimiento | Cumplimiento |
| Incorporar temas de calidad y acreditación en reuniones de sector y ampliadas. | Actas de reuniones de sector y ampliadas | 57% | Cumple |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento del segundo objetivo** |
| El objetivo fue logrado durante el primer semestre debido a que existe un compromiso por parte de dirección, de jefas del sector y encargada MAISF de incluir en dichas reuniones temáticas que abordan el área de calidad.  La actividad planteada contribuye al logro del objetivo. |

**Objetivo 3: 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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Verificadores | Porcentaje de cumplimiento | Cumplimiento |
| Realizar Autoevaluación Trimestral para monitorizar el estado de cumplimiento de las características. | Excel con autoevaluación | 100% | Cumple |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento del tercer objetivo** |
| El objetivo fue lograda durante el primer semestre debido a que se realizan las 2 evaluaciones trimestrales en donde en la primera autoevaluación se obtiene un 67% de cumplimiento general de las características y en la segunda autoevaluación se obtiene un 75% de cumplimiento de las características generales del manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.  Gran parte de este cumplimiento se debe a que se respetan las horas destinadas para profesional encargado de calidad en la institución y el compromiso del equipo por este proceso en general.  Es importante mencionar que además se tiene apoyo de servicio de salud Aconcagua, en donde referentes están comprometidas en colaborar con el proceso de acreditación de la institución realizando revisión documental y en terreno.  La actividad planteada contribuye al logro del objetivo. |

**Objetivo 4: 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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Verificadores | Porcentaje de cumplimiento | Cumplimiento |
| Realizar Autoevaluación Trimestral para monitorizar el estado de cumplimiento de las características. | Excel con autoevaluación | 100% | Cumple |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento del cuarto objetivo** |
| El objetivo fue lograda durante el primer semestre debido a que se realizan las 2 evaluaciones trimestrales en donde en la primera autoevaluación se obtiene un 80% de cumplimiento general de las características y en la segunda autoevaluación ya se obtiene un 100% de cumplimiento de las características obligatorias del manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta.  Gran parte de este cumplimiento se debe a que se respetan las horas destinadas para profesional encargado de calidad en la institución y el compromiso del equipo por este proceso en general.  Es importante mencionar que además se tiene apoyo de servicio de salud Aconcagua, en donde referentes están comprometidas en colaborar con el proceso de acreditación de la institución realizando revisión documental y en terreno.  La actividad planteada contribuye al logro del objetivo. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actividades | Verificadores | Porcentaje de cumplimiento | Cumplimiento |
| Analizar eventos adversos y proponer planes de mejora. | Actas de reuniones de calidad. | 100% | Cumple |
| Dar seguimiento a los planes de mejora implementados para evitar eventos adversos. | Actas de supervisión de Calidad. | 100% | Cumple |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento del quinto objetivo** |
| El objetivo fue logrado durante el primer semestre debido a que todos los eventos adversos han sido analizados y se les realiza seguimiento para evitar su ocurrencia.  Es importante mencionar que aún no termina el año por lo que se debe esperar al análisis del 2 semestre para saber si efectivamente con las medidas adoptadas se ha logrado una disminución de la ocurrencia de eventos adversos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cumplimiento global del primer semestre** | **88%** |

|  |
| --- |
| **Análisis del cumplimiento global primer semestre 2023** |
| Al cumplirse un 88% del programa de calidad durante el primer semestre, se da por cumplido.  Esto se debe a los siguientes puntos:  **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 capacitaciones y experiencia en proceso de preparación para acreditación.   **Oportunidades:**   * Desde Servicio de salud Aconcagua, asesoras de calidad están brindando apoyo constantemente a la institución.   **Debilidades:**   * Hay muy poco personal capacitado en el proceso de acreditación y calidad. Actualmente solo encargada de calidad tiene capacitaciones atingentes a esos temas lo que es una debilidad para el establecimiento ya que no cuentan con un profesional que pueda subrogar esta unidad en caso de alguna eventualidad.   **Recomendaciones:**   * Mantener horas de profesional de calidad resguardadas. * Capacitar a más funcionarios con respecto a temáticas de calidad y acreditación en calidad. * Mantener vínculos con Servicio de Salud Aconcagua * Generar instancias de evaluaciones cruzadas con otros establecimientos. |

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

Dina Guerra Campos Natalia Rios Rojas

Encargada de Calidad Directora

CESFAM José Joaquín Aguirre CESFAM José Joaquín Aguirre