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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Dina Guerra CamposEnfermera encargada de CalidadCESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  | Monica Robledo SobaEncargada de Calidad subroganteCESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga |  Natalia Rios RojasDirectora CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  |
| 16/02/2022 | 16/02/2022 | 16/02/2022 |

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 características que aplican a los servicios clínicos, administrativos y de apoyo de nuestro establecimiento según estándares de atención abierta.
* Cumplir con el 100% de características obligatorias que aplican para nuestro CESFAM.
* Implementar una cultura de seguridad clínica a través de la vigilancia y la notificación de eventos adversos.

**2.- Periodo de evaluación:**

* Semestral
* Para dar cumplimiento al plan anual de Calidad, se debe cumplir el 70% de las actividades propuestas para el año.

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 100Cumplimiento= 80% | Encargado de calidad. | Marzo a Diciembre del 2022. | Actas de reuniones. |
| 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 | Marzo a Diciembre del 2022. | Actas de reuniones. |
| Dar cumplimiento al 65% de las características que aplican a los servicios clínicos, administrativos y de apoyo de nuestro CESFAM. | Realizar el 65% de los documentos requeridos. | Documentos realizados/Documentos solicitados para el cumplimiento de las características según manual de acreditación de atención primaria.X 100Cumplimiento: 65% | Encargada de calidad y funcionarios. | Marzo 2022 | Documentos. |
|  | Implementación de pautas de supervisión con indicadores. | Pautas de supervisión implementadas por áreas / áreas esperadas en donde se deben aplicar pautas de supervisión X 100Cumplimiento=60% | Encargada de calidad y encargados de unidad. | Octubre 2022 | Carpetas con primera medición de indicadores. |
| Dar cumplimiento al 100% de las características obligatorias que aplican en el CESFAM. | Realizar el 100% de los documentos requeridos. | Documentos realizados/Documentos solicitados para el cumplimiento de las características según manual de acreditación de atención primaria X100Cumplimiento= 100% | Encargada de calidad y funcionarios. | Septiembre 2022 | Documentos |
| Implementación de pautas de supervisión. | Pautas de supervisión implementadas por áreas / áreas esperadas en donde se deben aplicar pautas de supervisión X100Cumplimiento=100% | Encargada de calidad. | Octubre 2022 | Carpetas con primera medición de indicadores. |
| 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 100Cumplimiento= 100% | Equipo de Calidad y Encargado de área. | Abril 2022 | Actas de reuniones de calidad. |
|  | Evaluar planes de mejora implementados pata evitar eventos adversos. | Planes de mejora evaluados/ Planes de mejora presentados X 100Cumplimiento= 100% | Encargada de calidad. | Abril 2022 | 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 | 16-02-2022 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |