



PLAN ESTRATEGICO HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES

*PERIODO 2018 -
2022*

MEJORAR LA SALUD ES NUESTRO COMPROMISO, HACERLO CON AMOR ES
NUESTRA DECISIÓN.

Contenido

1.-Palabras del Director	3
4.- Valores Institucionales.....	5
5.-Objetivos Estratégicos.....	6
5.1.- Fortalecer la oportunidad y satisfacción de la demanda de atenciones de salud en la población usuaria.	7
5.2.- Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal.....	9
5.3.-Aumentar la confianza de la sociedad en el establecimiento de salud.....	10
5.4.- Fortalecer los sistemas de información y registro de la actividad productiva hospitalaria y de los actos complementarios de la actividad clínica en el establecimiento.	11
5.5.- Favorecer la institucionalidad en salud, mediante el fortalecimiento del rol docente asistencial y de investigación en salud.	12
6.- Políticas, Planes, Procedimientos Corporativos	13
1.- Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas.	13
1.1.- Gestión del Desempeño.....	13
1.2 Gestión del Desarrollo	15
1.3 Gestión del Cambio Organizacional	16
2.- Políticas de Gestión Financiera Contable y Presupuesto.	18
3.- Plan de Inversiones.....	20
4.- Políticas de Satisfacción Usuaría.....	20
5.- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.	21
6.- Procedimiento de recaudación de ingresos y otros ingresos.....	22
7.- Plan de Actividades de Auditoría Interna.	22
8.- Sistemas de Planificación.	23
9.- Sistemas de Control de Gestión.	24
7.-Mapa Estratégico	26
8.- Cuadro de Mando Integral.....	27
9.-Cuadro de Iniciativas Objetivos.....	28
10.-Estructura Organizacional.....	29
Anexo 1 Plan de Trabajo Resolución Lista de Espera Quirúrgica	30
Anexo 2 Plan de Trabajo Cumplimiento de Garantías GES	31
Anexo 3 Plan de Trabajo Cumplimiento Prog. Consultas Especialidad.....	32
Anexo 4 Plan de Trabajo Cumplimiento Prog. Consultas Telemedicina	33
Anexo 5 Plan de Trabajo Entrega Oportuna Medicamentos	34
Anexo 6 Plan de Trabajo Disminución Deuda Hospitalaria.....	35
Anexo 7 Plan de Trabajo Devengo Oportuno de Facturas.....	36
Anexo 8 Plan de Trabajo Pago Oportuno a Proveedores	37
Anexo 9 Plan de Trabajo Aumentar Ingresos Propios	39
Anexo 10 Plan de Trabajo Disminuir el Ausentismo Laboral	40
Anexo 11 Plan de Trabajo Aumentar Satisfacción Usuaría.....	41

1.-Palabras del Director

Nos enfrentamos a nuevos desafíos en salud, la región ha experimentado en los últimos años profundos cambios en su población, el aumento de inmigrantes llegados a la zona y aumento de la delincuencia, cambios en las necesidades de salud en la población, teniendo en consideración que nuestro hospital regional se proyectó para una ciudad de 150 mil habitantes y que hoy duplica esa cifra, con casi igual infraestructura Sanitaria.

Los desafíos involucran lograr mayor eficiencia en los procesos de evaluación, atención de pacientes, hospitalización y en especial de las Resoluciones quirúrgicas.

Por otro lado queremos solucionar las listas se espera heredadas, pero también hacernos cargo de evitar dejar otras listas de espera para la atención y resolución quirúrgica de nuestros enfermos, planteamos soluciones de fondo una vez analizado el problema.

Los médicos hicimos un juramento al recibir nuestro título de procurar alivio de la salud del otro, pero también todos los involucrados en el trabajo hospitalario deben estar comprometidos por que son parte de los eslabones que sostienen la salud pública.

Los invitamos a trabajar con compromiso, con fuerza y amor al paciente quien requiere de nosotros, todo nuestro compromiso y capacidades.



*Dr. Raúl Romero Lamas
Director
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames*

Misión

"Otorgar prestaciones de salud determinadas por la red asistencial con acceso, oportunidad, calidad y seguridad a la población beneficiaria, siendo ésta el centro de nuestro quehacer, respetando sus diferencias, promoviendo su participación, a través de la eficiente autogestión de sus recursos, humanos, tecnológicos, financieros, en una cultura organizacional sólida, con equipos comprometidos, respetuosos, empáticos y en un clima laboral adecuado. Así mismo, colaborar con la transmisión de experiencia y conocimiento a las futuras generaciones a través de la docencia e investigación."

Visión

"Ser una institución de salud, que por su resolutivead, sea un aporte para la red salud de la Macro Zona Norte del país, reconocida por nuestra población beneficiaria, por dar prestaciones de salud con excelencia, oportunidad, calidad, calidez e inclusión"



Valores Institucionales

RESPECTO *Comprendemos y aceptamos la condición inherente de todas las personas como sujetos de derecho con diferencias y deberes.*

HONESTIDAD *Entendemos que los intereses colectivos deben prevalecer al interés particular y que el actuar se realice con la debida transparencia y esté dirigido a alcanzar los objetivos sanitarios o propósitos de nuestra institución.*

RESPONSABILIDAD *El manejo eficiente de los recursos, en la realización de nuestras actividades, las cuales realizamos de modo que se cumplan con excelencia y calidad los objetivos sanitarios y metas institucionales, guardando nuestras decisiones de autogestión,*

LEALTAD *Guardamos confidencialidad respecto a la información de nuestra institución. Velamos por su buen nombre, dentro y fuera de ella, hacemos observaciones y sugerencias que permitan elevar la calidad de la salud que impartimos.*

JUSTICIA Y EQUIDAD *Damos a cada quien lo que le corresponde de conformidad con los derechos que le asisten.*

EXCELENCIA *Cumplimos nuestra misión con eficiencia y eficacia, mejorando continuamente nuestro quehacer habitual considerando las mejores prácticas, desarrollando nuestro talento, el trabajo en equipo y fomentando la innovación.*

COMPROMISO *Tenemos la actitud, persistencia, disciplina para cumplir, desde cualquier punto de nuestra institución con el compromiso de entregar servicios de calidad, seguros y oportunos.*

INCLUSIÓN *Reconocemos a los grupos sociales y el involucramiento de sus posturas, así como el respeto a la diversidad.*

INTEGRACIÓN *Nos integramos positiva y activamente al interés de la Región de Tarapacá, por la docencia en el área de la salud.*

EMPATÍA *Comprendemos los sentimientos y emociones de nuestros pacientes, sus familiares, funcionarios y colaboradores, con el fin de entregar la ayuda necesaria en el momento que puedan ser requeridos.*

5.-Objetivos Estratégicos

El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, define sus objetivos estratégicos para el periodo 2018 - 2022, los que se encuentran alineados con los definidos por el Gestor de Red Asistencial y el Ministerio de Salud.

Estos Objetivos Estratégicos permitirán a la institución orientar los esfuerzos y recursos hospitalarios para alcanzar nuestra visión futura que principalmente se centra en ser un real aporte para la red de salud pública de la Macro Zona Norte y que nuestra población beneficiaria nos reconozca por la entrega de atenciones de salud principalmente excelentes, oportunas, de calidad, dignas y seguras.

La alineación de los esfuerzos y recursos hospitalarios para alcanzar los Objetivos Estratégicos definidos para el periodo 2018 - 2022, deberán plasmarse en una nueva estructura organizacional, en políticas, planes, programas, proyectos y acciones institucionales.

1.- FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.

2.- AUMENTAR COMPROMISO, MOTIVACIÓN Y EFICIENCIA DEL PERSONAL.

3.- FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA HOSPITALARIA Y DE LOS ACTOS COMPLEMENTARIOS DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN EL ESTABLECIMIENTO.

4.- FORTALECER LA CONFIANZA DE LA SOCIEDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

5.- FAVORECER LA INSTITUCIONALIDAD EN SALUD, MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DEL ROL DOCENTE ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Objetivos Estratégicos

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames



5.1.- FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.

Objetivos Específicos

- ✚ Contribuir a resolver la Lista de Espera Quirúrgica y de Consultas de Especialidad.
Plan de Trabajo Anexo N°1
 - ✚ Se incorpora a la estructura organizacional el Departamento de Gestión de la Demanda (Ver Organigrama)
 - ✚ Se crea unidad de contactabilidad de usuarios.
 - ✚ Se fortalece Unidad Pre-Quirúrgico.
 - ✚ Creación de Programa de Resolución Quirúrgica para pacientes de Etnia Aymara.
 - ✚ Plan de Transacción para el uso de quirófanos los días viernes.
 - ✚ Programa Especial Resolución Listas de Espera Quirúrgica en funcionamiento días sábados.

- ✚ Implementar un Modelo de Garantías Explícitas en Salud. Plan de Trabajo Anexo N°2
- ✚ Optimizar los Recursos Hospitalarios para la entrega de una atención de salud de calidad y oportuna.
 - ✚ Fortalecer la Hospitalización Domiciliaria, ampliando el servicio hacia la comuna de Alto Hospicio.
 - ✚ Se incorporan altas médicas de días sábados para aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias.
 - ✚ Recuperación de espacios para hospitalización del Área de Medicina.
 - ✚ Proyecto ampliación del Área de Neonatología, que implicará espacios para Neurocirugía y Cirugía Mayor Ambulatoria.
- ✚ Implementar Procesos de Programación en Consultas Médicas de Especialidad y Programación de Consultas de Telemedicina. Plan de Trabajo Anexo N° 3 y 4
- ✚ Despachar recetas en forma Total y Oportuna. Plan de Trabajo Anexo N° 5
 - ✚ Crear un Modelo de Gestión de Farmacia
 - ✚ Ampliación de horario de entrega de medicamentos a Adultos Mayores a los días sábados.
- ✚ Lograr una gestión eficiente y eficaz de los recursos físicos y financieros, para asegurar atenciones de salud con calidad, dignas, seguras y oportunas. Plan de Trabajo Anexos Nos. 6, 7, 8 y 9
- ✚ Asegurar la continuidad de la atención.
 - ✚ Actualización Plan de Emergencia Hospitalaria.
- ✚ Poner en funcionamiento Unidad de Pensionado.
- ✚ Crear Unidad del Adulto Mayor
- ✚ Crear el servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva y Quemados.
- ✚ Proyectar construcción de 2 Pabellones de Cirugía Mayor.

Objetivos Estratégicos

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames



5.2.- AUMENTAR COMPROMISO, MOTIVACIÓN Y EFICIENCIA DEL PERSONAL.

Objetivos Específicos

- ✚ Incorporar un modelo de gestión por competencias en los procesos de reclutamiento, selección, capacitación y evaluación de los funcionarios hospitalarios
- ✚ Promover ambientes laborales “bien tratantes” que aportan a la calidad de vida laboral. Plan de Trabajo Anexo N° 10
- ✚ Incorporar reconocimientos a los equipos que tengan un desempeño destacado. Plan de Trabajo Anexo N° 10
- ✚ Gestionar la capacitación y formación permanente para el desarrollo del capital humano.
- ✚ Otorgar al funcionario una atención de salud de calidad, digna, oportuna y segura. Plan de Trabajo Anexo N° 10
 - Se resolverán las intervenciones quirúrgicas de funcionarios en Listas de Esperas.
 - Se entregará atención médica de especialidad a funcionarios en Listas de Esperas.
 - Las atenciones médicas de los funcionarios se harán en espacios adecuados y en el establecimiento de salud.

Objetivos Estratégicos

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames



5.3.-AUMENTAR LA CONFIANZA DE LA SOCIEDAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Objetivos Específicos

- ✚ Contar con planes de comunicacionales en la institución, que destaquen las gestiones y acciones positivas del establecimiento de salud hacia la comunidad.

Objetivos Estratégicos

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames



5.4.- FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA HOSPITALARIA Y DE LOS ACTOS COMPLEMENTARIOS DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN EL ESTABLECIMIENTO.

Objetivos Específicos

- ✚ Contribuir a la calidad del registro de la actividad hospitalaria.
- ✚ Contar con tecnologías de información en actos complementarios a la actividad clínica como: ficha clínica electrónica, otorgamiento de horas vía web
- ✚ Contar con sistemas de información que nos integren a la Red Asistencial de la Región de Tarapacá.

Objetivos Estratégicos

Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames



5.5.- FAVORECER LA INSTITUCIONALIDAD EN SALUD, MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DEL ROL DOCENTE ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Objetivos Específicos

- ✚ Contar con Plan Docente Asistencial y de Investigación en Salud año 2019 - 2022
- ✚ Resguardar los derechos y las condiciones de calidad y seguridad de la atención de los usuarios en todos los procesos asistenciales-docentes
- ✚ Impulsar, e implementar el desarrollo de gestión de la investigación Clínica.
- ✚ Ser campo clínico de especialidades médicas 2019 - 2022.

6.- Políticas, Planes, Procedimientos Corporativos

1.- Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas.

Las Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital “Dr. E. Torres G.” de Iquique, tienen como objetivo general contribuir al cumplimiento de la planificación estratégica, objetivos institucionales y metas sanitarias del Hospital, a partir de lineamientos que favorezcan la toma de decisiones en gestión de personas. Promover condiciones y buenas prácticas laborales, que permitan contar con funcionarios/as con las mejores capacidades y competencias, contribuyendo a su desarrollo y a su mejor desempeño, tanto individual como colectivo, para lograr el cumplimiento de las metas institucionales, así como también el resguardo de los principios de eficiencia y eficacia de la función pública.

Las Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas, se encuadran desde los lineamientos definidos en la misión institucional, su visión, sus objetivos estratégicos, principios y valores que la sustentan, como también las directrices emanadas desde el Servicio Civil y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y su División de Gestión y Desarrollo de las Personas, incorporando en el centro de la gestión a las personas como motor de desarrollo institucional.

Las Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas son las siguientes (por ámbitos de gestión):

1.1.- Gestión del Desempeño

Política de Reclutamiento y Selección.

Para implementar un modelo de incorporación y promoción de personas, orientado al funcionario público, se deben considerar los principios orientadores para el ingreso a la Administración Pública, que son la igualdad de oportunidades y de acceso. Bajo este fundamento, también existen mecanismos estandarizados que garantizan la calidad en los procedimientos y que deben ser definidos. En este sentido, la SD. GDP genera sus bases para la correcta incorporación y promoción de trabajadores y trabajadoras competentes, de acuerdo a una política estructurada y legitimada, que se concreta en un manual de procedimientos.

Política de Gestión del Desempeño.

La evaluación de desempeño individual es un proceso de apreciación acerca del desempeño de una persona en su trabajo, atendidas las exigencias y características de la función, efectuada en primera instancia como precalificación por su jefe directo.

En los Servicios de Salud Pública, el proceso de evaluación de desempeño se encuentra regulado por el Decreto N° 110 sobre Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos; y el Decreto N° 1229 para las plantas de personal de Profesionales, Técnicos,

Administrativos y Auxiliares. Ambos sistemas no pueden ser cambiados discrecionalmente, puesto que se encuentran normados a través de cuerpos legales, que sólo se podrían modificar a través de iniciativas legislativas. La política desde la SD. GDP busca garantizar evaluaciones objetivas y estandarizadas que efectivamente reflejen el objetivo de las herramientas de gestión del desempeño.

Política de Egreso.

El trabajo constituye una forma de vinculación social y económica de carácter vital. Su pérdida trae consigo una serie de reacciones emocionales en ocasiones negativas para la persona que la experimenta. La desvinculación generalmente genera un importante impacto emocional, pero también un impacto concreto en el estilo y calidad de vida de las personas, lo que significa vivir el duelo de dejar de trabajar y planificar una nueva etapa, con objetivos distintos, y en condiciones económicas y personales distintas a su etapa de trabajador en la institución.

La SD. GDP, entiende que el término de la vida laboral significa un gran impacto en la vida de sus trabajadores, y como parte de un proceso de fortalecimiento de la gestión y desarrollo de las personas del Hospital, así como una forma de agradecimiento y reconocimiento al trabajo y compromiso que los funcionarios le han dado a la salud pública, se plantea la necesidad de orientar y acompañar a los funcionarios prontos a egresar de la institución, para informar y facilitar su desvinculación, mediante la implementación de programas de desvinculación asistida y/o acompañamiento a la jubilación, para hacer frente al trauma del alejamiento y enfrentar una nueva etapa de sus vidas.

Política de Reemplazos y Suplencias.

Se actualiza esta política a partir de la normativa vigente, a las instrucciones que el Ministerio de Salud ha dispuesto en la materia, apuntando a ejercer un mayor control respecto de las modalidades de reemplazos y suplencias aprobadas de acuerdo al área de criticidad o apoyo de las distintas áreas de desempeño en el Hospital.

La política nace a partir de las distintas expresiones de ausentismo laboral que se provocan en la institución, feriado, permisos administrativos con goce o sin goce de remuneraciones, licencias médicas, entre otros.

Es relevante indicar que esta política se enmarca en el principio de servicialidad consagrado en la Constitución y las razones impostergables de servicio público.

Política de Remuneraciones.

Esta Política busca perfeccionar el proceso de remuneraciones, desde la experiencia del Servicio de Salud de Iquique, diseñar e implementar la Política en esta área para el Hospital, con el fin de garantizar el pago oportuno y completo al personal y su procesos asociados en los plazos que la normativa establece.

Se entiende por Remuneración a toda retribución o cualquier estipendio que el empleado o funcionario tenga derecho a percibir en razón de su empleo o función lo que constituye un derecho fundamental.

Todo trabajo está asociado a la retribución respectiva, y este pago se deriva del principio retributivo que rige el ejercicio de la función pública.

Las Remuneraciones y los otros beneficios son el principal incentivo para el personal que labora en el Hospital, por lo que se deben realizar los esfuerzos institucionales necesarios para garantizar el pago de ellos, con oportunidad y calidad.

Todo funcionario que tenga responsabilidad de gestión en materia de gestión de personas es responsable de la entrega oportuna de la información necesaria para iniciar el proceso de pago de las remuneraciones.

1.2 Gestión del Desarrollo

Política de Inducción.

La Política de Inducción de Hospital da continuidad a una permanente gestión por acoger, entrenar y comprometer a los nuevos trabajadores que se integran a prestar sus servicios en el recinto hospitalario, y se enmarca en la actualización y construcción participativa de las políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas del SSI.

El principal objetivo de los programas de inducción será: “Desarrollar e implementar estrategias transversales orientadas a acoger, socializar, entrenar, fidelizar y comprometer a los nuevos trabajadores, como aquellos/as que cambian de función, mediante la entrega de información formal referida a sus funciones, la estructura y la cultura organizacional, facilitando su integración, compromiso y motivación con la Institución”.

Política de Capacitación, formación y desarrollo del capital humano.

Esta política da cuenta de un proceso que pone el foco en el capital humano, incluye un conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen sus conocimientos, habilidades, destrezas y/o actitudes, tanto en el ámbito individual como colectivo, con el fin de ir construyendo masa crítica, mejorar el desempeño y rendimiento funcionario, aportando al desarrollo de las personas y su adaptación a los cambios e innovaciones tecnológicas, de gestión y organizacionales, en concordancia con los desafíos planteados por el sector salud, las orientaciones ministeriales, los objetivos estratégicos y las metas del Hospital.

Para la política de capacitación, formación y desarrollo del capital humano, se han considerado diversos elementos institucionales y normativos, partiendo por señalar las orientaciones del Servicio Civil para la gestión de la capacitación funcionaria, los Lineamientos Estratégicos para la gestión de la Capacitación en el SSI, el Instructivo Presidencial de Buenas Prácticas Laborales en

Gestión de Personas en el Estado, la Estrategia Nacional de Salud, los Convenios de Desempeño de Alta Dirección Pública de directivos, las Metas Sanitarias y de Desempeño Colectivo, Acuerdos Gremiales suscritos en el sector, Compromisos de Gestión asociados a la capacitación, entre otros.

De acuerdo a los lineamientos de la DIGEDEP, la Política recoge e integra todos los aspectos referidos a la Formación de Médicos especialistas y de funcionarios especialistas no médicos.

Política de Salud Ocupacional.

El Hospital de Iquique, recoge desde la Unidad de Salud del Trabajador del SSI la coordinación, implementación y monitoreo de un sistema integral de atención de salud dirigido a las y los funcionarios, incluyendo las acciones correspondientes al ámbito de la Salud Ocupacional y los mandatos de la Ley 16.744 de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como también aquellas acciones que contribuyan con el cuidado y protección del medio ambiente, por lo tanto, el propósito de la política es la generación de un conjunto de acciones que contribuyan a mantener o recuperar en el marco de los recursos disponibles, la salud integral del funcionario en el ámbito de la promoción, prevención, curativo y rehabilitación.

El Modelo de Atención Integral con enfoque cultural e intercultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud y que considera el medio ambiente como un elemento que contribuye a la salud de las y los trabajadores es el enfoque que se asume para realizar las acciones en torno a la salud, seguridad y medio ambiente.

1.3 Gestión del Cambio Organizacional

Política de Bienestar y Calidad de Vida.

Las personas constituyen el principal valor del Hospital de Iquique y son vitales para el cumplimiento de su misión y objetivos, por lo tanto la institución fomentará y promoverá su desarrollo, bienestar y calidad de vida laboral, desde una perspectiva integral, en un ambiente de respeto mutuo, confianza, participación, equidad, igualdad de oportunidades y alto grado de compromiso con la institución y con los usuarios.

Esta política pone el foco en la Calidad de Vida Laboral que es el grado en que la actividad laboral que llevan a cabo las personas está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como los relacionados, en orden de contribuir a su más completo desarrollo como ser humano, en razón del conjunto de condiciones subjetivas y objetivas sustentadas en principios y valores éticos que permitan resguardar el bienestar biopsicosocial de los funcionarios/as durante su ciclo de vida laboral, a fin de potenciar el cumplimiento de los objetivos, metas institucionales y desarrollo institucional.

Esta política permite institucionalizar la posición del Hospital, sobre cuáles serán los lineamientos generales en materia de bienestar y calidad de vida laboral. Al respecto, se propone como principal objetivo "favorecer el mejoramiento de la calidad de vida laboral de todos los funcionarios y

funcionarias del Hospital “Dr. E. Torres G.” de Iquique, posibilitando condiciones y promoviendo ambientes laborales bien tratantes.

Política de movilidad funcionaria.

La Política se genera en el marco del Instructivo Presidencial del 26 de enero del 2015 sobre Buenas Prácticas Laborales en Desarrollo de Personas en el Estado, el que indica en su Eje N°2 Condiciones Laborales, lo siguiente: “Contar con un procedimiento que define los criterios y condiciones que regulen la movilidad de contratas y que aplique de forma regular y generalizada, según disponibilidad presupuestaria.

Se busca contar con una política de movilidad funcionaria que establezca criterios transparentes que promuevan y prioricen el mérito, la idoneidad en base a las buenas prácticas laborales de acuerdo a las necesidades o motivaciones del funcionario/a y/o por lineamientos del Hospital “Dr. Ernesto Torres Galdames” de Iquique.

Política de Cuidado de equipos y autocuidado

La política apunta al Cuidado de Equipos y Autocuidado (CEA), tiene como propósito general Promover el cuidado de las personas que trabajan en el Hospital “Dr. E. Torres G.” de Iquique, favoreciendo que éstas mantengan su motivación, disminuyan sus niveles de desgaste, logrando desempeñar el rol encomendado, contribuyendo así a la misión institucional y apuntando a la disminución del ausentismo laboral por la mitigación y/o erradicación de riesgos psicolaborales.

El cuidado de equipos es el conjunto de actividades intencionadas, sistemáticas y formalizadas institucionalmente, dirigidas a prevenir el desgaste profesional de sus miembros, quienes como equipo tienen un rol protagónico en su implementación. Estas actividades se centran en la dimensión grupal, y promueven la construcción colectiva de ambientes bientratantes contribuyendo al bienestar integral de todas y todos en sus contextos de trabajo.

El Autocuidado es un conjunto de actividades intencionadas y sistemáticas realizadas a nivel individual en el contexto del trabajo, que busca prevenir el desgaste funcionario a partir del reconocimiento y fortalecimiento de los recursos personales, con la finalidad de generar mayores niveles de seguridad y/o promover el bienestar biopsicosocial de funcionarias y funcionarios.

Política de Inclusión, Diversidad y No discriminación.

La política de inclusión y diversidad, se basa en la ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, identifica 14 categorías basadas en propuestas de Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Chile. Estas categorías son: la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación

sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

De esta manera se plantean como beneficios esperados de la implementación del estándar, fortalecer las garantías de una observancia de conjuntos de principios universales, como se expresa en las convenciones de las Naciones Unidas, y en la declaración incluida en los principios del Pacto Global y particularmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las declaraciones y convenciones de OIT, entre otros.

La Política busca fomentar e impulsar el valor de la inclusión, en los trabajadores y usuarios del Hospital, promoviendo la tolerancia y un compromiso de respeto por la diversidad, facilitando ambientes laborales inclusivos gestionados de manera responsable, con el fin de incorporar una fuerza de trabajo diversa que pueda comprender las necesidades de nuestros usuarios que también son diversos.

2.- Políticas de Gestión Financiera Contable y Presupuesto.

Pago a Proveedores

Ante la necesidad de definir objetivamente la priorización de pagos a nuestros proveedores, con Resolución Exenta N° 930, del 12 de Julio del 2017, la Dirección del establecimiento aprueba la Política de Programación de Pagos a Proveedores del establecimiento, que establece que la atención se centra básicamente en nuestros usuarios, que si bien todo tipo de compromiso de pago se vincula a un bien o servicio, ya sea de manera directa o indirecta se podrían ver afectada la atención de salud de las personas, por eso se considera importante la satisfacción del proveedor mediante el cumplimiento de los acuerdos contractuales. De acuerdo a normativa ministerial, el criterio de pago en primera instancia será de acuerdo a la antigüedad de la factura, se exceptúan de ésta política, los pagos de bienes o servicios exclusivos, es decir, aquellos que por su naturaleza no son sujetos de su aplicabilidad, tales como consumos básicos de agua potable, electricidad o telefonía, como también algún tipo de arriendo.

Contención del Gasto

Con el propósito de ser eficientes y responsables en el uso de los recursos económicos hospitalarios, que a la vez son escasos, la Dirección del establecimiento a través de Resolución Exenta N°1496, del 17 de Agosto del 2018, aprueba el Plan de Contención del Gasto, que será herramienta de trabajo para el Comité de Compras local, que tiene como tarea revisar todas las solicitudes de compras del establecimiento, a objeto de evaluar la verdadera necesidad del requerimiento, entre otros el plan incluye la compra de pasajes aéreos en clase económica, la revisión de solicitudes de materiales de oficina y otros. Se autorizará asistencia a cursos que cuenten con financiamiento ó actividades insertas en el Programa Anual de Capacitación (PAC) y programas de iniciativa del nivel central (PIN). Se suspenden invitaciones a capacitaciones sin financiamiento, no obstante el Director podrá autorizar aquellos cursos que no tengan respaldo y que sean importantes para la institución.

Las compras de prestaciones clínicas al extra sistema, las evaluará el Director y se harán siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: Los servicios sean de resolución de listas de espera

quirúrgica, que el prestador haya cumplido con el 95% o más de su programación de intervenciones quirúrgica en horario institucional, que no exista posibilidad de realizar operativos, los honorarios serán fijados de acuerdo al arancel FONASA y que exista financiamiento para los servicios a contratar.

Cobranzas y Cuentas por Cobrar

El establecimiento de salud cuenta con Políticas de Cobranza y Recuperación de Cuentas por Cobrar y Procedimiento formal de Manejo de Cobro de Pagarés, aprobado con acto administrativo Resolución Exenta N° 1818, de fecha 27 de Diciembre del 2017, de la Dirección del establecimiento de salud. El objetivo de la Política de Cobranza es establecer prácticas de cobranza de prestaciones médicas entregadas a los distintos usuarios que acuden al establecimiento, como además de establecer los procedimientos que debe seguir la Unidad de Cobranzas y Recaudación para cobrar los créditos que ha otorgado a las distintas empresas en convenio, Instituciones Públicas y Privadas; asegurando pagos oportunos y justos, alineados a la normativa legal vigente; con esto se debe lograr mantener un periodo de cobro y facturación del Seguro de Accidentes de Tránsito, que permita cumplir con los requisitos exigidos tanto por el Ministerio de Salud como de la Contraloría General de la República; mantener un periodo de cobro y facturación de las prestaciones de los pacientes no beneficiarios de la Ley 18.469, que permita cumplir con los requerimientos técnicos y administrativos exigidos por otros organismos del estado; y lograr que los programas de atención tengan la información requerida para el correcto cobro de las prestaciones otorgadas por el establecimiento de salud.

Castigo de Créditos Incobrables

Mediante Resolución Exenta N° 1258, de fecha 05 de Septiembre del 2017, de Dirección del establecimiento de salud, se aprueba el Procedimiento de Castigo de Créditos Incobrables para el Hospital Ernesto Torres Galdames, que entrega lineamientos para declarar incobrable, los créditos que tengan efectivamente esa calidad y que se han acumulado en nuestro establecimiento, agotando prudencialmente los medios de cobro, no teniendo certeza de recuperación, esto basado el artículo 19 de la Ley N°18.382 del Ministerio de Hacienda, que faculta a las instituciones y organismos descentralizados y a las empresas del Estado, para que, previa autorización de los Ministros del ramo correspondiente y de Hacienda, castiguen los créditos que sean declarados incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los medios de cobro. Así el establecimiento de salud establece requisitos para declarar como incobrable un crédito, como: haberse contabilizado oportunamente, haber agotado prudencialmente los medios de cobro y los créditos deben corresponder a ingresos propios o actividades especiales debidamente calificadas.

Documentos de Garantías

La Resolución Exenta N° 241, del 26 de Febrero del 2016, de Dirección del establecimiento aprueba el Manual de Procedimientos de Manejo de Documentos de Garantías, que entrega las directrices y lineamientos generales que organizan, regulan y controlan el actuar de las personas frente al

manejo, registro y envío de documentos de garantías hacia el Departamento de Finanzas, su resguardo y devolución.

3.- Plan de Inversiones.

El Plan de Inversiones actual de la Red Asistencial de Tarapacá 2018 – 2022 contempla para el establecimiento de salud un monto de M\$41.087.044.- Este Plan de Inversiones se basa en el último Estudio de la Red Asistencial de la Región de Tarapacá, que realiza un levantamiento participativo de necesidades en salud, que concluyen en requerimientos de ampliación de infraestructura, reposición de equipamiento, etc.-

PROYECTOS DE INVERSION HETG/SSI M\$										
Nº	Proyecto	Financiamiento	Fin. Años Ant.	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Ampliación Unidad Cuidados Intensivos	Sectorial			669.208	1.249.188	312.297			2.230.693
2	Ampliación de Anatomía Patológica	Sectorial			560.326	1.111.313	166.697			1.838.336
3	Centro de Diagnóstico y Terapéutico (CDT)/ Etapa Diseño	Sectorial				280.000				280.000
	Centro de Diagnóstico y Terapéutico (CDT)/ Obras Civiles	Sectorial				1.793.003	12.551.023	3.586.007		17.930.033
4	Normalización Hospital Ernesto Torres G./ Estudio Reportabilidad	Sectorial				21.000	189.000			210.000
	Normalización Hospital Ernesto Torres G./ Diseño	Sectorial						140.000	140.000	280.000
5	Habilitación y Mejoramiento de la Red Oncológica de Tarapacá	Sectorial	33.695	162.869						162.869
	Construcción Centro Oncológico Región de Tarapacá/ Estudio	FNDR			784.445	4.706.667	10.197.779			15.688.891
6	Reposición de Ascensores	FNDR			246.612					246.612
7	Ampliación y remodelación jardín Infantil y Sala Cuna Capullito HETG	FNDR				373.000	1.492.000			1.865.000
8	Equipos de Unidad de Colonoscopia Del HETG	FNDR		354.610						354.610
TOTAL			33.695	517.479	2.260.591	9.534.171	24.908.796	3.726.007	140.000	41.087.044

4.- Políticas de Satisfacción Usuaría.

El establecimiento, evaluará la satisfacción usuaria, por medio de encuestas que se aplicarán mensualmente, en las áreas ambulatorias y de emergencia hospitalaria, lo anterior con el objeto de retroalimentarse de la opinión de los usuarios y su familia respecto de la atención clínica recibida en el establecimiento. Los resultados de las encuestas serán analizados mensualmente, por los gestores

6.- Procedimiento de recaudación de ingresos y otros ingresos.

Mediante Resolución Exenta N°1817, de fecha 27 de Diciembre del 2017, la Dirección del establecimiento aprueba el Procedimiento de Generación y Recaudación de Ingresos Propios para el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, formalizando en este acto, las directrices y lineamientos generales que organizan, regulan y controlan el actuar de los funcionarios pertenecientes a la Unidad de Cobranzas y Recaudación Central pertenecientes al Departamento de Finanzas y Contabilidad, como también el circuito de las acciones a considerar para una gestión de cobro oportuna, expedita y segura en el resguardo de los recursos propios.

Respecto de la generación de Ingresos Propios, se contempla para el periodo 2019 poner en funcionamiento la Unidad de Pensionado, la que durante los terremotos del 2014, tuvo que cerrar sus servicios debido a que la infraestructura se habilitó para albergar camas básicas de los niveles funcionales Área Médico Adulto. Se espera el año 2019 poder entregar a la comunidad de la región de Tarapacá esta oferta para los pacientes particulares y FONASA, y además el establecimiento permitirá contar con importantes recursos económicos.

Con Resolución Exenta N° 477, del 15 de Abril del 2016, de Dirección del establecimiento, se aprueba el Manual de Arancel de Corbo de prestaciones de salud a particulares.

Con Resolución Exenta N° 1347, del 4 de Octubre del 2016, de Dirección del establecimiento de salud, se aprueba el Manual de Procedimientos de Ingreso y Cobro por Accidente de Tránsito Laboral y Escolar.

7.- Plan de Actividades de Auditoría Interna.

El Plan de Actividades de Auditoría Interna, se elabora para el periodo 2018 – 2022, teniendo presente los Objetivos Gubernamentales de Auditoría y los objetivos trazados por el Ministerio de Salud, fijados el último en Ordinario N° A16/4874, los cuales persiguen asegurar una adecuada continuidad y desarrollo del Sistema de Auditoría, para lo cual deberán desarrollarse un conjunto de acciones en las áreas relacionadas con el control de la probidad, con especial énfasis en acciones preventivas que permitan controlar y administrar los riesgos corporativos que afectan a dicho principio orientador de la acción de auditoría. Estos planes de auditorías deberán ser elaborados anualmente y aprobados por resolución Directiva.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº Actividades Objetivos Gubernamentales y Ministeriales	12	12	12	12	12
Nº Auditorías Internas	3	3	3	3	3
Total Auditorías	15	15	15	15	15

Los informes de auditorías internas serán enviados por memorándum al Director del establecimiento, quién decidirá en un plazo no superior a 5 días hábiles, su aprobación o rechazo, de ser aprobadas, serán remitidas al Sub Director del área auditada, quien deberá elaborar y supervisar los Planes Mejoras o solicitarlos y supervisar a las jefaturas de su dependencia, además de guardar observancia sobre la implementación de la mejoras, con la finalidad de corregir las desviaciones contenidas en los informes de auditoría. La comunicación de todas las acciones sobre

los informes de auditoría, entre las Sub Direcciones y la Unidad de Auditoría será formal y a través de memorándum.

8.- Sistemas de Planificación.

El Hospital busca desarrollar las funciones de Planificación, como una etapa fundamental en el logro de los objetivos estratégicos, dando la directriz necesaria que se enfoque en un crecimiento sostenido bajo una metodología profesional que permita enfrentar los procesos de cambio.

Dentro de esto, el proceso de planificación hospitalaria buscara factores de éxito del desempeño estratégico como:

- Entregar una estrategia explícita formulada participativamente
- Realizar una ejecución sistemática basada en:
 - Orientaciones y cambios a los indicadores de un control sistemático.
 - Desarrollo de personas talentosas, idóneas y motivadas
 - Un equipo Directivo normado y capaz de liderar el cambio.

Los conceptos y bases de conexión estratégica serán alineados a:

- Indicadores de Producción: Los indicadores de producción están asociados a la capacidad de respuesta de la institución frente a una demanda establecida y futura. Conectividad de Egresos, Pabellón, Consultas, Tratamientos, etc.
- Indicadores de Costo: Margen económico, Costo total de Mantenimiento, % del costo por CR, Costo total de Medicamentos, otros.
- Indicadores de Eficiencia: Son indicadores trazadores considerados básicos para la evaluación de los procesos de claves de seguimiento asociados a COSO (Control Interno), Matriz de Riesgo, BSC y Programas ministeriales (GES, Ingresos GRD, PPV, PERC, Planes de Tratamiento).
- Desarrollo de Capital Humano / Capacitación y automatización de tareas.

Acciones de Evaluación de Sistemas: La estrategia hospitalaria tendrá que alinearse a la estrategia Digital en Salud (SIDRA), como una búsqueda de automatizar los procesos clínicos y administrativos al interior de su organización.

Acciones de Implantación: Hablamos de implantación para referirnos a la fase en que involucramos a la comunidad y al equipo de personas vinculadas directamente en los lineamientos estratégicos.

Al respecto, se detallan las actividades mínimas a gestionar en esta fase:

- Alinear a los actores en torno al sentido y objetivos de la Planificación Estratégica.
- Definir e implementar las instancias de trabajo requeridas para realizar las principales metas.
- Mapear a los Stakeholders relevantes y efectuar gestión permanente de cumplimiento de etapas.

- Formalizar y comunicar nuevas estructuras y roles que surjan en el desarrollo de la planificación.
- Reclutar y seleccionar a las personas que se requieren en base a los roles estratégicos.
- Capacitar a los involucrados en el uso de nuevos procesos, sistemas, información u otros.
- Entrenar a los líderes y equipos en prácticas de trabajo que faciliten la coordinación limpia, fluida y eficaz.
- Ajustarse al plan de comunicación interno para dar visibilidad a los logros a implementación.

Límites del Proceso Gestión de Cambio: Mantener y fortalecer un sistema de información para la gestión que permita medir el cumplimiento de compromisos asociados con los programas de mejoramiento de la gestión (PMG), es necesario esforzarse en aumentar nuestra disciplina interna y reforzar las principales razones que provocan fallas en la ejecución de planes estratégicos como son:

- Deficiencia en el entendimiento y dedicación del equipo directivo.
- Deficiencia en la relación entre estrategia, presupuesto y compromisos ministeriales.
- Deficiencia de alineamiento entre estrategia y crecimiento del capital humano.

9.- Sistemas de Control de Gestión.

A través de Resolución Exenta N° 1.751 del 28 de Septiembre del 2018, la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, aprueba la nueva estructura organizacional del establecimiento de salud en red, que crea e incorpora como asesor de Dirección, a la Unidad de Control de Gestión Hospitalaria.

La Unidad de Control de Gestión Hospitalaria es una Unidad asesora de la Dirección del Hospital Ernesto Torres Galdames, cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar el desempeño institucional a través de herramientas de control de actividades que permiten imprimir mayor eficiencia en la actividad hospitalaria, entregando al gestor institucional, una visión global del sistema hospitalario, como también, reportando los niveles de actividad de cada unidad que conforma el hospital, esto de tal manera, que permita la toma de decisión en forma oportuna, especialmente en aquellas áreas, que la Dirección del establecimiento, a través de esta Planificación Estratégica, ha declarado como prioritaria o estratégica para alcanzar sus objetivos.

Áreas de acción

- Seguimiento del cumplimiento de compromisos institucionales adquiridos con la autoridad del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud de Iquique: Compromisos de Gestión, Metas Sanitarias para funcionarios regulados por las Leyes 18.834, Ley 19.664 y Ley 15.076.
- Seguimiento y análisis de indicadores definidos como críticos del área clínica, apoyo clínico, logísticos y financieros, para mantener la condición de Establecimiento Autogestionado en Red, utilizando los medios o herramientas que el Ministerio de Salud defina para el control de la gestión, actualmente Cuadro de Mando Integral con plataforma vía web SIS-Q.

Con Resolución Exenta N° 2129, del 26 de Noviembre del 2018, la Dirección del establecimiento de Salud establece que se debe informar trimestralmente al Director, sobre los avances de cumplimiento de Metas Sanitarias asociadas al desempeño colectivo de los funcionarios y profesionales funcionarios

regulados por las Leyes 18.834, 19.664, como también a los representantes de los funcionarios de ambas leyes. Misma Resolución establece que debe informarse semestralmente los resultados de Metas Sanitarias e Producción y Calidad, asociadas a los compromisos adquiridos por las Unidades Críticas del Establecimiento Autogestionado en Red, Ley 20.707 que entrega beneficios a profesionales funcionarios regulados por la Ley 15.076. Agrega el acto administrativo que debe informarse al Comité Técnico Asesor de Dirección, en forma mensual de los resultados obtenidos en cada periodo mensual en las actividades estratégicas de las áreas clínicas y administrativas, con formato de Mapa Estratégico.

La Unidad de Control de Gestión Hospitalaria, informará sobre el grado de avance de los objetivos estratégicos institucionales establecidos en la Planificación Estratégica vigente.

7.~Mapa Estratégico

El Mapa Estratégico de la institución considera además los Objetivos Estratégicos que la autoridad del país exige a los Establecimientos Autogestionados en Red, desde 4 perspectivas: Aprendizaje y Desarrollo, Procesos Internos, Financiera y Usuaría; y 4 líneas estratégicas: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención.

Perspectiva/Estrategia	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de la Atención
Usuarios	Satisfacción de la Demanda de la Atención	Agregar Valor al Usuario	Articulación de la Red Asistencial	Proporcionar atención de Calidad, Seguras y Dignas
		Aumentar Confianza de la Comunidad		
Financiera	Control Presupuestario	Mejoramiento de la Productividad	Control de la variabilidad de las guías clínicas	Disminuir el costo de la No Calidad
Procesos Internos	Control de Procesos Financieros	Fortalecer y Optimizar los procesos críticos	Generación de rutas y guías clínicas relevantes	Fortalecer procesos de calidad
		Fortalecer y Optimizar los procesos de apoyo y logístico		
		Usar de Manera eficiente los recursos		
Aprendizaje y Desarrollo	Estandarizar y Optimizar los Sistemas de Información	Aumentar compromisos, motivación y eficiencia del personal	Equipo de Gestión Clínica	Equipos de Calidad Conformados
			Fortalecer Rol Docente Asistencial	

8.- Cuadro de Mando Integral

El Alcance de la estrategia hospitalaria se realizará a través del cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores de actividades estratégicas.

PERSP./ ESTRATEGIA	SUSTANTIBILIDAD FINANCIERA	EFICIENCIA OPERACIONAL			GESTIÓN CLÍNICA		EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN
USUARIOS	Satisf. de la Dda de At.	Agregar Valor al Usuario		Aumentar Confianza de la Comunidad		Artic. de la Red Asist.	Proporc. at. de calid., seg. y digna
	A.4.1 % Cumplimiento Prog. Anual Cons. Médicas realizadas por Espec. M=>95%	B.4.2 Participación Ciudadana M = 100% 4 R		Contar con Plan de Comunicaciones M=100%		C.4.1 % Consultas Médicas Nvas. Amb. de Especialidades M= 30%	D.4.2 % Reingresos Urg. Pctes. antes 7 días bajo misma Cat. Diag. May. M1=0,69%; M2=1,51%
	A.4.2 % Gestión efectiva cumplimiento GES en la Red M=100%	B.4.3 Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos M = 100%				C.4.2 % Cumplimiento Programa Coordinación en Red M = 100% R	D.4.3 Cumplimiento de las Medidas para Certificar como H.A. M=100%
	A.4.3 Var. x Días Espera IQ, M = 0%					D.4.4 % Satisf. Usuaría en UEH y Área Amb. >=80%	
A.4.4 % Cumplimiento Prog. Anual Cons. Médicas realizadas modalidad Telem. M=95%							
FINANCIERA	Ctrol. Presupuestario	Mejoramiento de la Productividad			Ctrol. variabilidad de guías clín.	Dism. costo de la no calidad	
	A.3.1 Equilibrio Financiero <= 1	B.3.2 % Camas Críticas Disponibles M = > = 98%			C.3.1 Índice Funcional M <=1	D.3.1 % Reintervenciones Quirúrgicas no Planificadas M=2%	
	A.3.2 Gestión Pago Oportuno Facturas. M=> 60 días	B.3.5 Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados M > = 75%			C.3.2 % Egresos con Estadías Prolongadas Superior M <= 6,5%		
	A.3.3 Recaudación Ingresos Propios. M=>5%	B.3.6 Reducción del Gasto en Convenio con Personas Naturales respecto a la Glosa Autorizada Vigente M=3%					
PROCESOS INTERNOS	Ctrol. de procesos Financieros críticos	Fortal. y optimizar procesos clín. crit.	Fortal. y optimizar los proc. de ap. y logíst.	Usar de manera eficiente los recursos	Generac. de rutas y guías clín. Relev.	Fortalecer procesos de calidad	
	A.2.1 % Disminución de la Deuda M= - 10%	B.2_1.1 % Ambulat. C. M. Trazadoras M = 60%	B.2_2.1 % Despacho Receta Total y Oportuno. M=99,5%	B.2_3.1 % Intervenciones Quirúrgicas Suspendingas M = 10%	C.2.1 Cumplimiento del Registro de Consentimiento Informado M >=90%	D.2.1 % Cumplimiento del Registro del Plan de Auditoría M1=100% M2= 80%	
	A.2.3 % Devengamiento Oportuno de Facturas. M=90% 8 días	B.2_1.2 Cat. Dda. en UEH M >= 90%	B.2_2.3 Uso del Arsenal Farmacológico. M=95%	B.2_3.2 x de Días de Hospit. Prequirúrgicos M = <= 1		D.2.2 % Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría. M1 = 90% M2= 75%	
	A.2.4 Sistema de Costos y Prestaciones Costeadas >= 95 %	B.2_1.3 % Pctes. que esperan más de 12 hrs. en la UEH para acceder a cama de dotación M = 5%	B.2_2.4 % Ej. Plan de Manten. Preventivo Eq. Médicos M = 100% E.C, 85% UA	B.2_3.3 Rendimiento de las Horas Contratadas M = >=1%			
	A.2.5 % Devengamiento Licencias Médicas Curativas.		B.2_2.6 % Autor. Compras Medic. Uso Ocasional M >= 95%	B.2_3.4 % Días Camas Ocup. por Pcte con Nivel de riesgo Dep. D2 D3 M = <= 8%			
				C.2.2 % Notificación Posibles Donantes de Órganos M = 100%			
APREND. Y DESARROLLO	Estandarizar y optimizar los sist. de inform.	Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal			Equipo de gestión Clínica	Fortal. Rol Docente Asistencial	Equipo de calidad conformado
	A.1.1 Sist. de Inform. en Uso y Entrega de Registros Estad. M= 100% y >100%	B.1.1 Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas. M=18 días			C.1.1 % Cumplimiento del Plan de Gestión Clínica definido en la Planif. Estrat. M = 100%	Contar con Plan Docencia e Investigación M=100%	D.1.2 % de Cumplim. del Plan de Trab. para Mantener Requisitos de Acred. M = 100%
	A.1.4 % de Compras vía Licitación Tipo L1 y Tto. Directo. M=<20%	B.1.2 % Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura. M=95%					

9.-Cuadro de Iniciativas Objetivos

Para poner en movimiento la estrategia institucional y alinear los recursos y esfuerzos hospitalarios con nuestros objetivos estratégicos, contamos con un conjunto de iniciativas estratégicas por objetivos, que son planes de acción o proyectos de ejecución inmediata. Sin duda la institución cuenta con un conjunto importante de otras iniciativas que resultan ser relevantes para el quehacer de la institución, pero las definidas en esta Planificación Estratégica son las que se transforman en elementales para el alcance de los objetivos trazados, por tanto cada unidad que forma parte del Establecimiento de salud debe orientar sus esfuerzos en función de estas iniciativas.

Mapa Iniciativas / Objetivos		Liderazgo Efectivo y Directivos Comprometidos	Definir y Establecer Procesos efectivos	Monitoreo y Mejora Continua	Comunicación y Coordinación Interna Permanente	Fortalecer la Ambulanzación de la Atención	Establecer Políticas Internas para controlar resultados	Potenciar los Equipos Clínicos	Identificar Nodos Críticos y Levantar Planes de Mejora	Coordinación con la Red Asistencial	Fortalecer At. de Farmacia	Habilitar Espacios Dignos para At. en Salud	Crear o Reactivar Comités Pertinentes	Optimizar Espacios Físicos	Entregar Reconocimientos a Personas e Instituciones que Aporten a la Gestión del Establecimiento	Fortalecer At. Domiciliaria	Utilizar Herramientas Tecnológicas	Mejorar registros en los sistemas tecnológicos	Utilizar Herramientas de Planificación	Recoger Opiniones Consejo Consultivo	Capacitar a Funcionarios	Comunicación con aseguradoras	Actualizar Aranceles	Gestionar NSP	Establecer Modelos de Gestión	Implementar Sistemas Priorización de Pacientes	Contar con Programas de Inducción de funcionarios	Ampliar Cartera de Servicios	Definir Protocolos	Cumplimiento de Protocolos	Realizar Estudio de Brechas de Recursos	Funcionamiento de U. Pensionado		
		USUARIOS	FINANCIERA	PROCESOS INTERNOS	APRENDIZAJE Y DESARROLLO																													
USUARIOS	Satisfacción de la Demanda de la atención																																	
	Agregar Valor al Usuario																																	
	Articulación de la Red Asistencial																																	
	Proporcionar At. de Calidad Digna y Segura																																	
FINANCIERA	Control Presupuestario																																	
	Mejoramiento de la Productividad																																	
	Control variabilidad de las Guías Clínicas																																	
	Disminuir el Costo de la No Calidad																																	
PROCESOS INTERNOS	Control de Procesos Financieros Críticos																																	
	Fortalecer y Optimizar Procesos Clínicos Críticos																																	
	Fortalecer y Optimizar los procesos de apoyo y logísticos																																	
	Usar de manera eficiente los recursos																																	
	Generación de rutas y guías clínicas relevantes																																	
	Fortalecer procesos de calidad.																																	
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	Estandarizar y optimizar los sistemas de información																																	
	Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal																																	
	Equipo de gestión clínica																																	
	Equipo de calidad conformado.																																	

Impacto Positivo Muy Alto		Impacto Positivo Medio		Impacto Positivo Bajo	
---------------------------	--	------------------------	--	-----------------------	--

10.-Estructura Organizacional

Anexo 1 Plan de Trabajo Resolución Lista de Espera Quirúrgica

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	AUMENTO EN LOS TIEMPOS DE ESPERA		
	PROBLEMA CENTRAL	INSATISFACCIÓN EN LA RESOLUCION LEQ		
	CAUSAS	BRECHA ENTRE OFERTA Y DEMANDA QUIRURGICA- AUSENCIA DE UN MODELO DE GESTION LEQ no GES		
OBJETIVO DEL PLAN	RESOLVER LOS CASOS CON MAYOR TIEMPO DE ESPERA			
RESULTADO ESPERADO	Reducir en 5% anual los Tiempos de Espera para QX al 2022			
ACTIVIDADES	RESPONS.(S)	FECHA INICIO	FECHA TÉRM.	VERIFICABLES
Disminuir brecha de recursos	SDM / SDA / SDP / SDRR.HH / SDGD / U. Gestión Pabellones	Octubre 2018	2022	Actas
				Prog. Hospitalaria/ Prog. anual Inversiones
				Sistema de Gestión de Pabellones
Mantener activo Comité LEQ	SDGD	2019	2022	Actas
Consolidar y potenciar funcionamiento U.Contactabilidad	SDGD	2019	2022	Repor. Mód. Contact. —
Mantener funcionamiento Unidad Pre-Quirúrgico	SDGD	2019	2022	Protocolos, Registros —
Creación y funcionamiento Comité de Tabla	SDGD	2019	2022	Resolución, Proctolos —
Mantener Actualizada lista espera Qx no GES	U. Contactabilidad, U. Prequirúrgica, U. Registro LEQ	2019	2022	Prot. llamada y Visitas Domiciliarias.Reporte de eventuales egresos Reporte vía correo y/o por acta Actas reuniones. Prog. Quirúrgica. Reportes
Gestionar el egreso de pacientes con mayor tiempo de espera	SDM-SDGD-SDGCP	2019	2022	Actas de Reuniones y Prog. Quirúrgica
Estandarizar Ingreso a LE Qx no GES	U. Prequirúrgica	2019	2022	Contar con 4 protocolos nuevos por año
Contar con Estrategia Anual de Res. LEQ	SDGD	2019	2022	Plan de Trabajo

Anexo 2 Plan de Trabajo Cumplimiento de Garantías GES

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	Pérdidas de Garantías GES		
	PROBLEMA CENTRAL	Modelo de Gestión de Garantías		
	CAUSAS	Fragmentación de Procesos Clínicos		
OBJETIVO DEL PLAN	Aumentar el porcentaje de cumplimiento de las Garantías Explícitas de Oportunidad GES al 2022			
RESULTADO ESPERADO	100% Cumplimiento de Garantías de Oportunidad GES			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Incorporar Gestión GES a la SUB Dirección Gestión de la Demanda	Director Hospital	oct-18		Resolución nuevo Organigrama
Incorporar Gestión Ges Quirúrgico a Unidad de Contactabilidad y Unidad Prequirúrgica	Sub Dirección Gestión de la Demanda	dic-18	mar-19	Reportes de Módulo Contactabilidad
Priorización de casos GES para su resolución.	Sub Dirección Gestión de la Demanda. Sub Unidad GES	2019 - 2022	2019 - 2022	Informes semanales
Incorporar programación Quirúrgica GES a Reunión de Tabla Quirúrgica	Sub Dirección Gestión de la Demanda. Comité de Tabla	2019 - 2022	2019 - 2022	Cumplimiento de Garantías
Optimizar rendimiento de pabellones	Unidad de Gestión de Pabellones	2019 - 2022	2019 - 2022	Sistema de Gestión de Pabellones

Anexo 3 Plan de Trabajo Cumplimiento Prog. Consultas Especialidad

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	Incongruencias entre lo programado y lo producido. oferta falsa		
	PROBLEMA CENTRAL	No existe proceso de programación definido		
	CAUSAS	Insumos para programar de mala calidad		
OBJETIVO DEL PLAN	Contar con una programación que refleje la realidad			
RESULTADO ESPERADO	Cumplir con un 95% de la programación médica de especialidad			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Consolidar equipo de trabajo	SD Gestión de la demanda	diciembre 2018	diciembre 2018	actas de reuniones
Reporte de Recursos Humanos	SD Gestión de la Demanda – SDGDP	2019	2022	
Reporte de Recursos Físicos	SDA	2019	2022	correo enviado mensualmente con la información
Gestión de los usuarios que no se presentan a la consulta médica (NSP)	Jefe CAE – SDM- SD Gestión de la Demanda – DAIS – Of. Comunicaciones	2019	2022	Información a julio 2018 del jefe cae visado por SDM, Actas, Planes Elaborados, Correos Electrónicos, Actas de Acuerdos, Notas de Prensa.
Seguimiento a horas suspendidas x causa del profesional	SDGDP – Informática, Jefaturas Especialidades.	2019	2022	acta de acuerdo, Informes
Proceso programación	SDM – SD Gestión de la Demanda	2019	2022	programación 2018 Programación 2019 Programación 2020 Programación 2021 Programación 2022

Anexo 4 Plan de Trabajo Cumplimiento Prog. Consultas Telemedicina

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.				
INCUMPLIMIENTO	Efectos	Falso incumplimiento - Desmotivación del equipo involucrado			
	Problema central	Descoordinación de los equipos			
	Causas	Registro deficiente - Mala trazabilidad de la prestación - Descoordinación clínico administrativa			
OBJETIVO DEL PLAN	Reflejar en la estadística la actividad realizada				
RESULTADO ESPERADO	alcanzar 100% de lo programado				
ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Definir los procesos administrativos involucrados en el correcto registro	Instalar el proceso de agendamiento y confirmación de las consultas realizadas por telemedicina, en el hospital.	Jefe CAE	2019	2022	Proceso definido
	Verificar el cumplimiento del registro				
Reporte mensual de cumplimiento	Entrega por parte del DAIS producción mensual. Envío al SDM	Jefe DAIS	2019	2022	correo enviado con informe
Planificar proceso programación 2019	Realizar proceso de programación acorde a directrices nivel central para dar respuesta a la demanda de manera eficiente. Sensibilizar a especialistas para aumentar la oferta.	SDM - SD Gestión de la Demanda	2019	2022	programación 2019
Aumentar oferta de teleconsultas / consultorías	A través del S.S.I. realizar diagnóstico de especialidades susceptibles de incorporar en la estrategia	Jefe CAE	2019	2022	
	Realizar teleconsultas/consultorías en el hospital. Habilitar punto en hospital	Informática	2019	2022	
	Validar rendimientos en nivel local	Jefe CAE	2019	2022	

Anexo 5 Plan de Trabajo Entrega Oportuna Medicamentos

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFECTO DIRECTO	Aumento del riesgo de la morbimortalidad. Pérdida de calidad en la atención del paciente		
	PROBLEMA CENTRAL	Desabastecimiento de productos. Inconsistencia en los datos aportados por Farmacia y lo informado por REM al ministerio.		
	CAUSA DIRECTA	Retención de Productos por falta de pago oportuno a proveedores. Quiebres de stock de productos a nivel nacional. Bajo número de oferentes en Licitaciones de medicamentos e insumos.		
OBJETIVO DEL PLAN	Aumentar la entrega total y oportuna de los medicamentos a los pacientes HETG.			
RESULTADO ESPERADO	Alcanzar un 95% de entrega Total y Oportuna de Medicamentos. Datos congruentes entre la producción de Farmacia y lo informado por REM			
ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE (S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
Levantar modelo de Gestión de Farmacia y aplicar cierre de brecha	Cumplir con etapas de desarrollo de Modelo de Gestión	Jefe de Farmacia	2019	2019
Supervisión de Registro de Producción de Farmacia en REM	DAIS enviará mensualmente los datos enviado al ministerio, a Farmacia.	Jefe Dais	2018	2022
	Farmacia validará datos entregados	Jefe de Farmacia	2018	2022
Mantenimiento de stock crítico	Mantener el stock crítico por producto y la reposición oportuna	Jefe de Farmacia, Jefe de RFF, Finanzas, SDA	2018	2022
	Contrato de suministros con proveedores	Jefe RRFF y Jefe de Farmacia	2018	2022
	Seguimiento oportuno de órdenes de compra	Jefe de RRFF	2018	2022
	Pago oportuno a proveedores	Jefe de Finanzas y SDA	2018	2022
Creación Sistema de Alerta	Incorporar en nuevo sistema informático un módulo de farmacia y bodega que advierta al profesional sobre la existencia o no del medicamento indicado	Jefe Farmacia / Informática	2018	2022
	Levantar e identificar procesos de farmacia	Jefe Farmacia / Informática	2018	2022

Anexo 6 Plan de Trabajo Disminución Deuda Hospitalaria

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFECTOS	Reacción de Proveedores reteniendo entregas, falta de insumos, medicamentos, y eventuales cierres de pabellón por falta de insumos, como asimismo pocos oferentes en licitaciones.		
	PROBLEMA CENTRAL	1. El exceso de gastos del subtítulo 21, merma la capacidad de pago a nuestros proveedores. 2. El no cumplimiento en la percepción de los ingresos propios asignados por medio del subtítulo 07, incorporan el efecto Pensionado, no pudiéndose percibir en su totalidad por del cierre de esa Unidad. 3. Generación de ingresos (Ingresos propios del subt. 07, S.I.L del subt. 08) por debajo de lo que presupuestariamente tenemos asignado.		
	CAUSAS	Aumento del gasto Subtítulos 21 y 22, Insuficientes Ingresos propios, falta de monitoreo de las transferencias de remesas por producción PPV, pago por parte de COMPIN de S.I.L muy ínfimos para la cuenta por cobrar que mantiene éste Hospital, Inexistencia de Políticas de contención del gasto		
OBJETIVO DEL PLAN	Disminuir la Deuda Hospitalaria			
RESULTADO ESPERADO	Disminuir al menos en un 5% la deuda hospitalaria			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Ajustar desviaciones entre transferencias PPV versus producción real.	Jefe Finanzas	2018	2022	Procedimiento e informes mensuales
Crear y aplicar políticas de contención del gasto en el Subtítulo 22	Jefe Finanzas	2018	2022	Resolución que aprueba las políticas de gastos
Disminuir Cuentas x Cobrar subsidios por incapacidad laboral (SIL) FONASA	Jefe Finanzas	2018	2022	Informes de gestión de cobranzas
Aplicar políticas de austeridad en gastos de horas extraordinarias y Contratos honorarios (HSA).	SDGDP / SDA / Jefe Finanzas	2018	2022	Informe mensual
Evitar la compra de camas al extra sistema	Direccion	2018	2022	Revisión mensual en comité de compras
Elaboración del presupuesto hospitalario para ser presentado al ministerio	Jefe Finanzas	2018	2022	Anual
Optimización del proceso de registro de prestaciones asociados a atenciones de urgencia	Jefe Cobranzas / Jefe Finanzas	2018	2022	Informe mensual de ajustes y/o detección de actividades sin registrar

Anexo 7 Plan de Trabajo Devengo Oportuno de Facturas

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	Incumplimiento de norma y desfase de pago de manera oportuna		
	PROBLEMA CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en el envío y tramitación de documentos con antecedentes que son requisito para concretar el devengo. • Desconocimiento del proceso de devengo por parte del proveedor. • Manejo aislado de la información por las distintas unidades que participan en el proceso de tramitación para el devengo de las facturas. 		
	CAUSAS	<ul style="list-style-type: none"> • El no entender el proceso interno, ni lo que se requiere para concretar el pago de facturas, la falta de coordinación, revisión del proceso y la no priorizando, la revisión de facturas respecto del resto de sus tareas en términos de tiempos por las áreas involucradas. • Proveedor no envía toda la documentación para pago, por lo que las áreas involucradas las reenvían desfasadas, por otro lado, errores en la facturación, obligan a esperar, para su tramitación (nota de crédito). <ul style="list-style-type: none"> • No se pide documentos asociados al pago a proveedor (mantiene pagos pendientes de envió por falta de documentación, hasta que el mismo proveedor le reclama). • Unidad de compras recibe documento tributario previo a la entrega de los bienes o prestación del servicio, sin visualización oportunamente de la factura emitida por el proveedor por falta de acceso a SII. 		
OBJETIVO DEL PLAN	Sensibilizar a las unidades involucradas y mejorar los controles sobre los procesos Financieros Críticos			
RESULTADO ESPERADO	Alcanzar al menos un 80% de Devengo de Facturas a los 8 días de recepcionada por el establecimiento			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Actualizar el proceso de devengo de facturas para validaciones en paralelo de unidades involucradas	Jefe Finanzas/ Jefe RRFF	2018	2022	Disminuir el tiempo de devengo
Optimizar uso de sistemas informáticos para control de proceso de devengo	Jefe Finanzas/ Jefe RRFF	2018	2022	Informe del Sistema Experto
Sensibilización al personal involucrado en el proceso administrativo de facturas	Jefe Finanzas/ Jefe RRFF	2018	2022	Actas de reunión
Solicitud de clave al sistema de SII	Jefe Finanzas	2018		Acta de entrega de clave por el SSI
Informar proceso de pago, a proveedores.	Jefe Finanzas/ Jefe RRFF	2018	2022	Informar al 100% de clientes del Hospital del proceso de pago y los documentos que se deben incluir antes de la emisión de las facturas
Cambio en bases de licitación en modalidad de recepción de facturas respecto de las compras de prestaciones que involucren al personal del Hospital	Jefe Finanzas	2018	2022	Bases administrativas que incorporan la cláusula de certificación por traslape horario de funcionarios, previo a la emisión de la factura.

Anexo 8 Plan de Trabajo Pago Oportuno a Proveedores

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFECTOS	Afecta procesos productivos del establecimiento provocados por el no pago oportuno, lo que conlleva el bloqueo de despachos por parte de proveedores y una disminución en la oferta de proveedores en licitaciones		
	PROBLEMA CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en envío de documento tributario o antecedentes que son requisito para concretar el pago. • Desconocimiento del proceso de pago por parte del proveedor. • Manejo aislado de la información por las distintas unidades que participan en el proceso de tramitación para pago. Falta de disponibilidad de Recursos financieros para el pago a proveedores		
	CAUSAS	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso interno no está suficientemente sensibilizado, ni lo que se requiere para concretar el pago de facturas, la falta de coordinación, revisión del proceso y la no priorizando la revisión de facturas respecto del resto de sus tareas en términos de tiempos por las áreas involucradas. • Proveedor no envía toda la documentación para pago, por lo que las áreas involucradas las reenvían desfasadas, por otro lado, errores en la facturación, obligan a esperar, para su tramitación (nota de crédito). • No se pide documentos asociados al pago a proveedor (mantiene pagos pendientes de envió por falta de documentación, hasta que el mismo proveedor le reclama). • Unidad de compras recibe documento tributario previo a la entrega de los bienes o prestación del servicio, sin visualización oportuna por falta de acceso a SII. 		
OBJETIVO DEL PLAN	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir tiempos de tramitación interna para cumplir con el pago oportuno. • Cumplimiento a la modificación del reglamento de la Ley de Compras el cual señala que el Servicio debe establecer mecanismos que aseguren el pago oportuno. • Internalizar en los proveedores el proceso de pago, y requisitos para que este se concrete oportunamente. • Diseñar e implementar una herramienta tecnológica que optimice la gestión de pago. • Reducir tiempos de tramitación interna para cumplir con el pago oportuno. • Aumentar eficiencia en el trabajo y disminuir los tiempos de pago. 			
RESULTADO ESPERADO	Gestión de pagos dentro de los 120 días de recepción de la factura en el HETG			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Control de compras mensuales a partir del Sistema Experto	Jefe Finanzas / Jefe Recursos Físicos	2018	2022	Ajuste de compras a presupuesto autorizado
Crear Políticas de Contención del Gasto Operacional en Subtítulo 22 y 21 mediante resolución	Jefe Finanzas	2018		Resolución que aprueba las políticas de gastos
Recuperación de Cuentas x Cobrar SIL FONASA	Jefe Finanzas	2018	2022	Informes de gestión de cobranzas
Informes Financieros Mensuales	Jefe Finanzas	2018	2022	memorándum que da cuenta del envío del informe cuantitativo y cualitativo, mensual y acumulado dirigido al equipo directivo del HETG
Internalizar con el equipo Directivo la política de priorización de pago a proveedores	Jefe Finanzas	2018	2022	*Resolución de política de programación de pagos de proveedores del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames. * Actas de reuniones de comité de compras.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Capacitación a áreas involucradas respecto del flujo de facturas y la relevancia de una pronta gestión	Jefe Finanzas	2018	2019	Actas de reuniones de capacitación
Generación de instructivo que establece rol, responsabilidad y plazos de tramitación de las facturas respecto de la contraparte técnica.	Jefe Finanzas	2018	2019	Resolución que aprueba las Políticas de pagos a proveedores
Check list de requisitos para concretar el pago.	Jefe Finanzas	2018	2022	Entrega de información para cliente interno y externo del Hospital
Informar proceso de pago, a proveedores.	Jefe Finanzas / Jefe Recursos Físicos	2018	2022	Informar a clientes del Hospital del proceso de pago y los documentos que se deben incluir antes de la emisión de las facturas

Anexo 9 Plan de Trabajo Aumentar Ingresos Propios

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1	FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.			
INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	Aumento de la deuda por falta de disponibilidad financiera		
	PROBLEMA CENTRAL	Generación de ingresos (Ingresos propios del subt. 07, S.I.L del subt. 08) por debajo de lo que presupuestariamente tenemos asignado. Gastos muy por encima del presupuesto, lo que acompañado de los ingresos menores provoca un desequilibrio Financiero.		
	CAUSAS	Aumento Subtítulo 21, 22, Insuficientes Ingresos propios, no cumplimiento 100% PPV, percepción de S.I.L muy por debajo de la cuenta por cobrar que éste Hospital mantiene con las licencias médicas Fonasa, Inexistencia de Políticas de contención del gasto		
OBJETIVO DEL PLAN	Optimizar el uso de los ingresos y poner en práctica mediante acto administrativo políticas de contención de gastos para los subtítulos 21 y 22			
RESULTADO ESPERADO	Aumentar ingresos propios como mínimo en un 10 % Disminuir el gasto variable de honorarios y Horas extraordinarias en un 2%			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Control de compras mensuales a partir del Sistema Experto	Jefe Finanzas/ Jefe RRFF	2018	2022	Procedimiento para el control presupuestario mensual
Poner en marcha Políticas de Contención del Gasto para el Subtítulo 22 y subtítulo 21, cuyos contenidos deben concentrarse básicamente en acciones concretas en favor de generar reducciones del gasto en ambos subtítulos en el breve plazo.	Jefe Finanzas	2018	2022	Resolución que aprueba las políticas de gastos
Disminuir Cuentas x Cobrar SIL FONASA	Jefe Finanzas	2018	2022	Informes de gestión de cobranzas
Ingresos de operación	Jefe Recaudación y Cobranza	2018	2022	Informes mensuales
Informes Financieros Mensuales	Jefe Finanzas	2018	2022	memorándum o correo electrónico que da cuenta del envío del informe cuantitativo y cualitativo mensual y acumulado

Anexo 10 Plan de Trabajo Disminuir el Ausentismo Laboral

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 2	AUMENTAR COMPROMISO, MOTIVACIÓN Y EFICIENCIA DEL PERSONAL.			
INCUMPLIMIENTO	EFECTOS	Elevado índice de ausentismo laboral en HETG.		
	PROBLEMA CENTRAL	Malas Relaciones Personales Laborales, Aumento de los índice de Ausentismo, Desmotivaciones Funcionarias		
	CAUSAS	Aumento de la Dda. Asistencial, Ausencia de Políticas adecuadas de RRHH, Ausencia de Competencias en Habilidades blandas en Jefaturas Intermedias, Falta aplicación facultades Art. 151, Falta de Recursos para Financiar proyectos de Fortalecimiento Motivación y Compromiso.		
OBJETIVO DEL PLAN	Contribuir a la reducción del ausentismo por Licencias Médicas Curativas			
RESULTADO ESPERADO	Disminuir en un 10% tasa de Ausentismo Laboral de año 2017 (2,96 días = 26,64 días promedio anual) (4 Puntos)			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLE
Consolidación de medidas en comité de ausentismo HETG	SDGyDP - UNIDAD DE CALIDAD DE VIDA	2018	2022	Actas de acuerdo, listado de asistencia (No genera disminución sino que coadyuva)
Procedimiento de Priorización local de atención a funcionarios/as	SDGyDP /HETG - UNIDAD DE CALIDAD DE VIDA SSI/HETG	2018	2022	Procedimiento por resolución (Medida de contención)
Disponer de Controles sobre el uso de L.M. (Concordancia con Política de reemplazos y suplencias de RR.HH.)	SDGyDP -DEPTO. DE GESTIÓN DE PERSONAS - PLANIFICACIÓN RR.HH. - DESARROLLO ORGANIZACIONAL	2018	2022	Plan actualizado (Medida de contención)
Sensibilizar a los funcionarios sobre <u>Ambientes laborales bientratantes</u>	SDGyDP - UNIDAD DE CALIDAD DE VIDA	2018	2022	Registro visual, actas de asistencia (Medida de contención)
Disponer de Planes de <u>CEA (Cuidado de Equipos y Autocuidado)</u>	UNIDAD DE CALIDAD DE VIDA	2018	2022	Plan CEA aprobado por autoridad (Medida de contención)
Contar con Plan de Capacitación habilidades blandas a Jefaturas	SDGyDP (toda la SD)	2018	2022	Plan formulado (Medida de contención)

Anexo 11 Plan de Trabajo Aumentar Satisfacción Usuaría

OBJETIVO ESTRATÉGICO MINSAL	PROPORCIONAR ATENCIÓN DE CALIDAD, DIGNA Y SEGURA			
CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO	EFFECTOS	Insatisfacción Usuaría		
	PROBLEMA CENTRAL	Baja percepción en los usuarios sobre atención de calidad, digna y segura.		
	CAUSAS	Falta de respuestas, claras y oportunas, disconformidad en el trato.		
OBJETIVO DEL PLAN	Aumentar Satisfacción Usuaría en Pacientes Hospitalarios			
RESULTADO ESPERADO	Lograr el 80% en satisfacción usuaría en urgencia y Área ambulatoria			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	VERIFICABLES
Análisis de encuestas aplicadas del área de urgencia y ambulatoria.	Directivos, Unidad Gestión del Usuario.	2018	2022	Informe del análisis realizado.
Realizar Planes de Mejora	Directivos, Unidad Gestión del Usuario.	2018	2022	Plan de Mejora y cronograma de las dos Unidades.
Implementación actividades para el cierre de brechas detectadas.	Directivos, Unidad Gestión del Usuario.	2018	2022	Resolución Exe. Aprueba Plan de Mejora. Actas de reunión y acuerdos. Plan de Mejora con acciones implementadas.
Monitoreo y Seguimiento de Actividades Implementadas	Directivos, Unidad Gestión del Usuario.	2018	2022	Informes de Monitoreo y Seguimiento enviados a Jefaturas de Áreas evaluadas y Director del establecimiento.
Evaluación Final Implementación Planes de Mejora	Directivos, Unidad Gestión del Usuario.	2018	2022	Informe anual que contenga la evaluación final de las actividades enviados a Jefaturas de Áreas evaluadas y Director del Establecimiento.