

PLAN DE ACTIVIDADES HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES AÑO 2024

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)																						
OE Nº1	Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
OE Nº2	Satisfacer la Demanda de la Atención																					
OE N.º 2.1	Optimizar el recurso de horas profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas del área ambulatoria	Realizar monitoreo mensual identificando la sub o sobreproducción, con el fin de implementar acciones de mejora oportunas en el proceso de ejecución o programático según corresponda.	A.4_1.3	% Cumplimiento de la Programación anual de Profesionales Médicos, no Médicos y Odontólogos especialistas realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina.	M ≥ 95%	Ausencia de Seguimiento y Control de la actividad clínica	Realizar monitoreo mensual por especialidad médica, odontológica y no médica, basados en informes preparados por la Unidad de Gestión de la Información, con fuente REM oficial.	Comité de Programación	Actas reuniones y lista de asistencia						X	X	X	X	X	X	X	
		Actividades mínimas del Comité de Programación de cada EAR: Reuniones al menos trimestrales; realizar el diagnóstico de su red; caracterizar la demanda; programar la oferta y gestionar las brechas; confeccionar plan de trabajo anual (corto/ mediano/ largo plazo); contar con Carta Gantt y seguimiento de Actividades.	M.S. 1.5 18.834				Reactivar Comité de Programación y Planificación Médica, no Médica e integrar a Especialidades Odontológicas, que se reúnan las veces que sea necesario o al menos 1 vez al mes	SDM	Acta de reuniones mensuales y firmas de asistentes					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Contar con sistemas de Control de Producción					Realizar reuniones con policlínicos de especialidades médicas para analizar causas de incumplimientos.	Jefe CAE	Acta de reuniones mensuales y firmas de asistentes						X	X	X	X	X	X	X	
		Contar con programación actualizada de altas y bajas de horas de producción de actividad clínica.	M.S. 7 19.664	% Altas Odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento	M ≥ 90%	No hay sistemas de información que faciliten el control oportuno de producción	Implementar el uso de YANI atención abierta en los policlínicos del CAE	SDA - Depto. Informática	Instructivos					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Fortalecer los medios tecnológicos para el aumento de especialidades por telemedicina							Realizar oportunamente reprogramación de CME, de acuerdo a lineamientos ministeriales	SDM - Comité Programación	Archivos de reprogramaciones					X		X			X	
OE Nº7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
OE N.º 7.1	Valorizar y disminuir los excesos de	Utilizar la información que provee SIGCOM a través del cubo 9 y GRD, para valorizar el	A.3_1.2	Var. de la valoración de los excesos de	M<= 0%	No se utiliza información SIGCOM	Realizar presentación mensualmente al Consejo Directivo, de la valorización y resultados de outliers.	SDA - GRD	Acta de reunión								X	X	X	X	X	

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

	estancias outliers superiores respecto de la línea base	exceso de estancias outliers superiores.		estancias outliers superiores (VEEOS)		para la toma de decisiones															
		Disminuir los gastos de estas instancias mediante gestiones clínica-financiera.					Subdirección Médica analiza trimestralmente las causas de los excesos de estancias outliers superiores.	SDM	Acta de Reunión								X	X	X	X	X
		Realizar análisis cualitativo y cuantitativo de las causales de exceso de las estancias outliers superiores.					Incluir a Subdirector Administrativo como integrante del Comité de Eficiencia Hospitalaria.	UCCGG	Modificación resolución comité eficiencia hospitalaria				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 7.2	Mejorar la programación financiera del EAR	Monitoreo mensual del gasto de los Subtítulos 21 y 22	A.3_1.3	Variación % de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado	M ≤ -5% y ≤ 5%	Falta de control de gastos variables que afectan las estimaciones	Levantar proceso que permita identificar oportunamente gastos variables o servicios pendientes de pago vía licitación o contratos con personas naturales no planificadas. Informar a Consejo Directivo.	SDA	Proceso en Bizagi									X			
							Contar con plan de desarrollo sistema digital de flujo de información de pagos.	SDA	Plan de actividades											X	
							Realizar en reuniones del Consejo Directivo, análisis de la estimación por subtítulo.	SDA - Consejo directivo	Acta de reunión								X	X	X	X	X
		Efectuar proyecciones Subt. 22 en base a flujo y variabilidad estacional años anteriores, cruzada con la actividad real condicionando aspectos fijos y variables en forma detallada.					SDA - Depto. Finanzas	Programación mensual enviada a SST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Establecer marco presupuestario en subt. 22 según estimaciones establecidas en la programación y darlas a conocer y ajustar en Comité de Compras en forma mensual, con énfasis en compras 22 variables.					SDA - Depto. Finanzas	Acta comité	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Efectuar proyecciones y control Subt 21 en base a contrataciones condicionando aspectos fijos y variables en forma detallada, énfasis en aspectos variables (al menos en honorarios, horas extras, suplencias y reemplazos, viáticos, asignación de estímulo).					SDGP - Jefe Planificación SDGP SDA - Depto. Finanzas	Programación mensual enviada a SST						X	X	X	X	X	X	X	X
		Presentación sobre el seguimiento y Control de comportamiento de la variación del gasto con Servicio de Salud para subt. 21 y subt. 22					SDA - Depto. Finanzas - SDGDP	Acta reunión					X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 7.3	Monitorear los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos y la correcta gestión REAS en los establecimientos	Mejorar las condiciones de segregación y almacenamiento de REAS	A.3_1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)	M = 100%	No cumplimiento a Reglamento REAS DS N°6. No pago oportuno a proveedores.	Capacitar al recurso humano en Compras Públicas	Depto. de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Certificados de funcionarios				X	X	X	X	X	X	X	X	
		Monitorear recursos financieros entregados por FONASA "Disposición Final Responsable de Residuos Peligrosos y REAS"					Incorporar a Inducción funcionaria temática del REAS	Depto. de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Inducción con temática REAS				X	X	X	X	X	X	X	X	
		Impulsar la mejora del indicador de Fracción de residuos reciclables / Total residuos asimilables a domiciliarios X 100, con énfasis en la identificación y trazabilidad de residuos plásticos					Realizar campaña comunicacional para ampliar el conocimiento en el REAS	Depto. De Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Fotos, imágenes				X	X	X	X	X	X	X	X	
							Conocer presupuesto para REAS	Depto. De Salud Ocupacional, Prevención de Riesgo y Gestión Ambiental	Presupuesto REAS				X	X	X	X	X	X	X	X	

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

OE N.º 7.4	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de dispositivos electro médicos, equipos industriales y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.	Programar y ejecutar presupuesto en mantenimiento preventivo	A.3_1.8	% Ej. Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos	Crít. M1 100%; M2 ≥ 80,0%; M3 ≥ 100,0%; M4 ≥ 90,0% y Gasto M5 ≥ 90,0% y ≤ 120%	Falta de programación anual ajustada de mantenencias preventivas de equipos y ordenamiento administrativo de imputación del gasto.	Realizar reprogramaciones de mantenencias preventivas de equipos autorizadas por Dirección, comunicar a referentes S.S.T. Revisión mensual ejecución mantenimiento preventivo. La unidad se reunirá en conjunto con los encargados para identificar - Desviaciones de cumplimiento /ejecución. - Causas de no-cumplimiento. - Factores de mejora potencial. A partir del análisis de los factores antes mencionados, se diseña un plan de acción para implementar mejoras necesarias. Dicho plan llevará monitoreo semanal para dar seguimiento a su evolución.	SDA - Depto. Operaciones - Unidad mantenimiento hospitalario	Resoluciones que aprueban reprogramación - Entrega plan corrector en mayo, para abordar las desviaciones acumuladas en el periodo Dic/2023- Abril/2024, 30 abril.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Incluir en documentos administrativos conductores la imputación correcta del gasto en mantención preventiva de equipos.					SDA - Depto. Operaciones	Informe de errores por mala imputación			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Enviar a referente técnico del S.S.T. y U. Planificación y Control de Gestión mensualmente planillas de cumplimiento programación.					SDA - Depto. Operaciones	Correos electrónicos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Control de las Sub-Asignaciones definidas para imputación de gasto del mantenimiento preventivo y correctivo	ADP	Realizar internamente seguimiento mensual a la ejecución de la programación preventiva de equipos y el gasto en reuniones entre U. Planificación y Control de Gestión, U. Mantención HDETG y referente S.S.T.				SDA - Depto. Operaciones, U. Planificación y Control de Gestión	Acta de reuniones mensuales y firmas de asistentes							X	X	X	X	X			
			Diseñar protocolo para definir el procedimiento que se seguirá con los equipos no encontrados en los servicios clínicos.				UMH/RRFF/SDA /Inventario	Entrega borrador con propuesta, 06-mayo					X									
			Generación Protocolo MP Equipamiento clínico. Destinado a definir las etapas asociadas al proceso de mantenimiento preventivo del equipamiento clínico, fechas, procedimientos y responsables.				Jefatura mantenimiento hospitalario	Entrega de protocolo en V1				X	X									
			Ajustar planificación MP Industriales. De modo que se aumente la cobertura de MP, evitando dejar equipos sin intervención o mantenimiento certificado.				Jefatura mantenimiento hospitalario	Entrega de protocolo en V1				X	X									
			Gestión SIGEM., enfocándose en dos aspectos principales: - Gestión plataforma SIGEM coordinando las modificaciones relacionadas a los datos y estado de equipamiento hospitalario. - Verificar que plataforma SIGEM se encuentre actualizada con los últimos protocolos MP/MC realizados.				Encargado gestión procesos	Entrega descriptor funciones encargado gestión de procesos. V1				X	X									
			Enlace con unidad de inventario, que tendrá como funciones principales: - Mantener el registro de los equipos con baja técnica recomendada. - Revisar Inventario de equipamiento crítico, relevante e industrial para presentar plan de actualización del registro. - Enviar Unidad de Inventario el listado con las modificaciones que deban ejecutarse en el registro; considerando altas, bajas y modificación de datos.				Encargado gestión procesos	Entrega descriptor funciones encargado Gestión de Procesos. V1				X	X									
			Mantener actualizada brecha de recursos humanos y equipamiento para ejecutar mantención preventiva.				SDA - SDGDP	Brecha de Recursos Humanos y de equipamiento					X									

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

OE N°14	Controlar de manera efic. recursos financieros	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N.º 14.1	Controlar de manera eficiente la compra de IQ en el extrasistema	Monitorear mensualmente la capacidad instalada del Hospital y la cantidad de intervenciones programadas para priorizar la utilización de pabellones propios en la realización de estas intervenciones.	A.1_2.3	Variación porcentual del gasto en compra de servicios	M=< 0%	No se cuenta con planificación de compras IQ	Realizar programación anual por especialidad de IQ para determinar compra de servicios de IQ. Priorizar ejecución IQ más costosas por el hospital.	SDM	Programación anual de IQ presentada a Director								X	X	X	X	X
		Revisar la cantidad de intervenciones compradas el año anterior y considerar el aumento del costo de dichas prestaciones en el extrasistema.					Monitorear cumplimiento de programación anual de IQ por especialidad.	SDM	Informe final a Director								X	X	X	X	X
		Priorizar la realización de IQ más costosas dentro del hospital					Contar con presupuesto o financiamiento para compras de servicios de IQ	SDA	Informe con detalle de presupuesto o financiamiento de IQ final.								X	X	X	X	X
OE N.º 14.2	Ajustar el gasto en honorarios, médicos y no médicos al marco presupuestario	Identificar el gasto en convenio con personas naturales que son ejecutados a través de programas reconocidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el gasto en convenio con personas naturales que tienen como origen otras iniciativas no autorizadas	A.1_2.4	Índice del Gasto en convenio con Personas Naturales respecto a la Glosa autorizada vigente	M ≤ 1,00	Ausencia de políticas y planes de contención del gasto en convenios con personas naturales	Identificar contrataciones a honorarios que responden a brechas de recurso humano	SDGDP	Informe de honorarios que responden a brecha de RRHH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Identificar el gasto en convenio con personas naturales que cuentan con financiamiento y aquellos que no lo tienen, priorizando la disminución de éstos últimos.					Contar con políticas y plan de contención del gasto en convenio con personas naturales.	SDGDP	Resolución aprobatoria política								X				
		Monitoreo y contención mensual del sobregasto de honorarios.					Directivos monitorear mensualmente el gasto en convenios con personas naturales.	SDGDP	Acta de reunión								X	X	X	X	X
		Establecer políticas internas y planes para contener y disminuir el gasto de honorarios, ajustándose a la normativa vigente (Oficio Circular N°78 del año 2002, del Ministerio de Hacienda)					Mantener actualizado procedimiento de ingreso de información de honorarios a SIRH	SDGDP	Resolución que aprueba el procedimiento								X	X	X	X	X
		Establecer un procedimiento de ingreso de información de honorarios a sistema SIRH					Circular informando la prohibición de nuevos cargos a honorarios suma alzada	SDGDP	Circular con la instrucción				X								
							Circular informando a las jefaturas, supervisiones y coordinadores el uso eficiente de los recursos por la vía de honorarios suma alzada	SDGDP	Circular con la instrucción				X								
							Restricción y bloqueo al sistema Puqhaña para nuevas contrataciones vía honorarios suma alzada, definiendo de nro. de HSA autorizados	Planificación y control de las personas	Indicador de dotación honorario suma alzada					X	X	X	X	X	X	X	X
							Ajustarse a los valores de la escala de remuneraciones ley 18.834 y pago de horas para los funcionarios que realizan: Pabellón Tarde, Pabellón Gine, Esterilización tarde.	DIRECCIÓN-SDM-SDA-SDGCP-SDGCP	Libro mayor SIGFE						X	X	X	X	X	X	X
							Ultimo Traspaso de los honorarios suma alzada que realicen funciones habituales a la contrata	SDGDP	Decreto con el nro. de los Honorarios traspasados a la contrata autorizados												X
							Desescalada de los HSA con funciones habituales	DIRECCIÓN-SDM-SDA-SDGCP-SDGCP	indicador de dotación honorario suma alzada					X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

OE N.º 14.3	Devolver al Fisco los montos que se encuentran en las cuentas corrientes de los establecimientos EAR, correspondientes a la recuperación de ingresos por concepto de licencias médicas ISAPRE.	Fortalecer la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE	A.1.6	Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes	M1 85% del recaudo del subtítulo 08-01-002-002 por sobre el devengo a octubre del periodo de evaluación.	Reconocer contablemente los ingresos para generar reintegros	Realizar cobros mensuales a ISAPRES	Jefe de Cobranza	Oficios					X	X	X	X	X	X	X
		Mantener actualizada la conciliación de las cuentas corrientes de los Establecimientos					Realizar cobros trimestrales a la Superintendencia de Salud	Jefe de Cobranza	Oficios					X	X	X	X	X	X	X
		Fortalecer los Reintegros al Fisco					Reuniones con SDGDP abordando tema licencias médicas	Jefe de Cobranza/Jefe de Finanzas	Actas					X	X	X	X	X	X	X
							Informes trimestrales para el control y seguimiento de recuperación de licencias médicas	Jefe de Cobranza/Jefe de Finanzas	Informe					X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

OE Nº3	Proporc. at. oportuna, seg. Y digna	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
OE N.º 3.1	Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la UEH	Mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes que consultan en las UEH	B.4_1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria.	M>=90%	Registros no digitales de la actividad clínico - administrativa en área de urgencia	Implementar módulo YANI en la UEH, resolviendo observaciones levantadas por el RR.HH. del área.	SDA - Depto. Informática	Instructivo uso Yani								X	X	X	X	X	X		
		Mejorar la gestión clínica y administrativa del proceso de atención de urgencia					Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de pacientes en la UEH.	SDA - Depto. Informática	Fotografía de estaciones								X							
		Mejorar la seguridad, calidad de atención y satisfacción usuaria durante el proceso de UEH.					Implementar dispositivos de información de tiempos de espera en la red de urgencia de la red asistencial.	SDA - Depto. Informática	Fotografía dispositivos con la información de la red de urgencia									X						
							Puesta en marcha YANI en la UEH	SDA - Depto. Informática	Informe de uso Yani-UEH										X					
		Mejorar la coordinación con los servicios de apoyo				Falta de conocimiento de herramientas de control para los equipos	Sensibilización y capacitación del personal médico y de enfermería	Jefe y Supervisora Urgencia	Listado de Asistencia					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Acompañamiento de jefatura técnica y R1 (Médicos a cargo del turno) evaluando a los pacientes.	Jefe de Unidad y Jefe Técnico	Porcentaje de cumplimiento medido mensualmente					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Participación activa en reuniones de UGCC para velar por el flujo de pacientes	Jefe y Supervisora Urgencia	Porcentaje de cumplimiento medido mensualmente						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 3.4	Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizados C2 en las UEH adulto y pediátrico	Priorizar y mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes C2, que consultan en las UEH	B.4_1.6	Porcentaje usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	M>=95%	Ausencia de modelo de atención de urgencia eficiente.	Sensibilización y capacitación del personal médico y de enfermería	Jefe y Supervisora Urgencia	Listado de asistencia					X	X	X	X	X	X	X	X			
							Flujo diferencial con pacientes C2/ESI2	Jefe y Supervisora Urgencia	Informe de resultados					X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Sectorización de pacientes C2/ESI2	Jefe y Supervisora Urgencia	Informe de resultados					X	X	X	X	X	X	X	X	X		
OE N°3.2	Disminuir las suspensiones quirúrgicas mayores electivas	Fortalecer el proceso prequirúrgico, según “Orientación Técnica para fortalecer el proceso quirúrgico” difundida durante el año 2023	B.4_1.4	Porcentaje de Suspensiones quirúrgicas mayores electivas	<=6,5%	No se cuenta con protocolización de la preparación quirúrgica a pacientes hospitalizados	Servicios Clínicos quirúrgicos deben elaborar protocolo de preparación de pacientes hospitalizados	SDGCP	Protocolo aprobado										X					
		Protocolizar la preparación prequirúrgica para aquellos pacientes hospitalizados con el objetivo que no se suspendan las cirugías por falta de ayuno, de exámenes, pases, etc. Este protocolo debe estar vinculado con el quehacer de las unidades prequirúrgicas.	M.S. 4 19.664			No se cuenta con protocolos de exámenes preoperatorios por especialidad	Servicios Clínicos quirúrgicos deben elaborar protocolos de exámenes preoperatorios por especialidad	SDM	Protocolos aprobados												X			
		Realizar protocolos de exámenes preoperatorios por especialidad	CG13			No existe entrega por escrito a pacientes con instrucciones preoperatorias	Contar con flyer que contenga instrucciones preoperatorias a pacientes	SDM	Flyer con instrucciones preoperatorias a pacientes															
		Entregar instrucciones preoperatorias por escrito al paciente y asegurarse de su comprensión.																			X			

ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

OE Nº8	Fortalecer y Optimizar los modelos y procesos de Gestión Clínica Críticos	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
OE Nº8.1	Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatorias	Revisar y redefinir áreas y estructuras para realizar las CMA.	B.3_1.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas	M=>49%	No se cuenta con levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar en la institución	Realizar levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar	SDM	Informe a dirección, señalando cirugías posibles de ambulatorizar									X					
		Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento																					
		Evaluar ampliación de cartera de servicios de cirugías ambulatorizables.					Realizar actualización de cartera de servicios que defina categorización de cirugías ambulatorias	SDM	Actualizar anualmente cartera de servicios de la institución											X			
							Destinar horas médicas para nombrar Jefe de CMA	SDM	Resolución de nombramiento destinación de horas médicas.														
OE Nº8.5	Utilizar de forma eficiente el recurso de quirófano electivo e indiferenciados de la dotación	Optimizar hora de inicio de primera cirugía.	B.3_1.8	Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	M1:>=75%; M2>=4,1 cirugías; M>=30% LEQ	Falta de protocolos en el proceso quirúrgico, capacitaciones y desconocimiento del programa de mantención preventiva de equipos locales	Levantamiento de proceso quirúrgico local	Pabellón	Proceso modelado					X	X	X	X	X	X	X	X		
		Evaluar tiempo de preparación de quirófanos entre cirugías.					Protocolos estipulados en conjunto con esterilización	Pabellón - Esterilización	Proceso modelado					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Analizar pacientes de lista de espera quirúrgica para programar en tabla quirúrgica.					Control de procesos internos de la secuencia quirúrgica	Pabellón	Proceso modelado					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Solicitar herramientas de formación (GRD - gestión de procesos - administración - compras públicas)	Capacitación	Proceso modelado					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Conocer el proceso e involucrarnos en la adquisición de equipos e insumos	Mantención	Certificados Cursos Comprar Públicas					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Fortalecer el control interno del programa de mantención preventiva de equipos quirúrgicos	Mantención	Seguimiento al Programa de Mantención Preventiva de Equipos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Registro fidedigno en UEH y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador.	B.4_1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	M ≥ 85,0%	Registros no digitales de la actividad clínico - administrativa en área de urgencia	Implementación, habilitación y puesta en marcha YANI urgencia	SDA - SDM	Instructivo uso YANI										X				
		Protocolos no actualizados de la atención de urgencia				Actualizar protocolos de la atención de urgencia	SDM - UEH	Protocolos actualizados												X			
		Protocolos de atención de urgencia y hospitalización				Falta fortalecer supervisión del registro de tiempos del proceso de hospitalización	SDGCP - UGC	Instrucción escrita												X			
		Plan anual con elaboración de estrategias del establecimiento (no solo de la UEH) para la	Falta definir validador de indicación de hospitalización.																				
			Gestión clínica insuficiente en los servicios clínicos			Posicionar UGCC como validador de indicación de hospitalización.			SDM	Resolución e instructivo a SS CL											X		
			Fallas o ausencia en las unidades de apoyo diagnóstico			Visita clínica diaria por el Servicio de Urgencia	UGCC	Libro de entrega de turno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

		disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones.	CG12			Demora en la resolución de los pacientes en el servicio de urgencia	Reunión de camas diaria	UGCC	Libro de asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Falta de implementación de folio digital para favorecer registros	Reunión mensual de dotación de camas	UGCC	Actas de reunión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Fortalecer las medidas instruidas en visita MINSAL					Falta de disponibilidad de pabellón de urgencia	Evaluación mensual casos excepcionales que esperan más de 12 horas	UGCC	Correo enviado a Fresia Amas con listado de pacientes												
						Ausencia de protocolos de los servicios de apoyo clínico en situaciones de emergencia										X	X	X	X	X	X	X
OE N°8.2	Optimizar el uso del recurso cama de forma eficiente, oportuna, segura y de calidad en el Hospital Dr. Ernesto Torres durante el 2024	Revisar sistemáticamente el resultado de este indicador y evaluar con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria	B.3_1.4	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)	M ≤ 5%	Jefes de Servicios no controlan indicadores de eficiencia en el uso de camas de Servicios clínicos	Informar mensualmente a Jefes de Servicios resultado de indicadores de eficiencia en el uso de camas.	SDM - GRD	Correos electrónicos					X	X	X	X	X	X	X		
							Análisis de causales de estancias prolongadas por servicio de egreso	Jefes y supervisoras de servicios clínicos	Informe con análisis de causas de estancias prolongadas				X	X	X	X	X	X	X	X		
						Ausencia de planes de mejora por Servicio Clínico.	Contar con planes de mejora por servicio clínico, señalando objetivos, nodos críticos, actividades y sus responsables, plazos, etc.	SDM - SS CL	Planes de mejora							X						
		Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar los resultados.					Falta evaluación de tiempos de respuesta de servicio de apoyo a pacientes hospitalizados.	Contar con información de tiempos de respuesta de los servicios de apoyo clínico a requerimientos de los servicios clínicos.	SDM - Comité Ef. Hospitalaria	Informe de comité eficiencia hospitalaria							X	X	X			
		Falta de protocolización de la atención clínica				Protocolización de patologías con estancias prolongadas	Jefes y supervisoras de servicios clínicos	Protocolo manejo patologías				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
OE N°8.3	Aumentar la eficiencia en el uso de las unidades dentales de dotación en los establecimientos de salud	Aumentar la proporción de unidades dentales habilitadas de la dotación disponible en el establecimiento.	B.3_1.6	Índice de ocupación dental IOD	M >= 1,00	Baja oferta en la región reemplazo de especialistas	Programar vacaciones de profesionales para contar con tiempo para gestión del reemplazo	Jefe Cr. Odontología	Programa de vacaciones					X								
		Manual de Organización no actualizado				Actualizar manual de organización del CR	Jefe Cr. Odontología	Manual actualizado				X	X									
		Falta de concordancia en las agendas con los tiempos de prestaciones estandarizados en programación				Gestión de agendas de especialistas para ajustar a los tiempos de programación	Jefe Cr. Odontología	Agendas	X													
		Ausencia de programa de mantención preventivo y reparativo de equipos odontológicos				Contar con licitación de mantención preventiva y reparativa de los equipos dentales	Jefe Cr. Odontología	Programa de mantención preventiva					X									

ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

						Sistema de Contraloría no Oficializado	Gestión administrativa para nombramiento de los gestores de contraloría	Jefe Cr. Odontología	Resolución de nombramientos			X									
						Falta de Control en los registros estadísticos de la producción odontológica	Monitoreo mensual de la producción de las especialidades odontológicas del CR de Odontología con informática y estadística.	Jefe Cr. Odontología	Acta de reuniones				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº8.4	Fortalecer el proceso de hospitalización mediante estrategias que aporten valor para la gestión de las estancias del Hospital Dr. Ernesto Torres durante el año 2024	Revisar sistemáticamente el resultado de los indicadores de gestión de estancias y evaluar, con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria	B.3_1.7	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Disminuir en 10% el IEMA de cada GRDs seleccionado	Ausencia de análisis estancias por especialidad GRDs médico-quirúrgicos	Análisis de nodos críticos y resultado de % pacientes que acceden a cama de dotación en < 12 hrs.	Equipo UEH	Informe con análisis de causas					X	X	X	X	X	X	X	X
		Identificación de los nodos críticos que impactan en la estancia hospitalaria por cada GRDs					Jefes de especialidad	Informe con análisis de causas					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Análisis de nodos críticos que aumentan la EM inlier en esp. Medicina Interna					Jefe Medicina Interna	Informe con análisis de causas					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Análisis de nodos críticos que aumentan los días de estadía en UHD					Equipo UHD	Informe con análisis de causas					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Elaborar plan de mejora para cada GRD abordado: Oncología médica, Obstetricia y ginecología, Traumatología, Cirugía general y Cardiología					Comité Eficiencia Hospitalaria	Plan de mejora					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Implementación de estrategias para mejorar la eficiencia hospitalaria					CEH + Equipos Clínicos	Estrategias implementadas					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Supervisión del progreso y cumplimiento del plan de trabajo establecido.					CEH	Presentación mensual de resultado de indicadores a Directivos, Jefes y supervisoras de servicios clínicos						X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº10	Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N.º 10.1	Disminuir el índice de ausentismo, definir e implementar acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral previniendo las consecuencias negativas en funcionarios a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19	Incorporar enfoque biopsicosocial del ausentismo, especialmente en cómo impactan sobre éste algunos factores organizacionales; así como el desarrollo en los establecimientos de las líneas de trato laboral, conciliación y salud funcionaria.	B.2.3	Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral	M1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.	Resolución Exenta 1419 del 30 de junio del 2023, que aprueba Plan Local de Ausentismo		SDGDP	Resolución Plan de Trabajo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Abordar el ausentismo con énfasis en la Salud Mental para la confección del Plan local de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención a los equipos de Salud.			M2: Mantención y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 mayor a 32 días: Disminuir 2 o más días.																

ESTRATEGIA EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

OE Nº11	Fortalecer las competencias de los equipos	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N° 11.1	Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo	Contar con planes de capacitación que aborden los Ejes de la Estrategia Nacional de Salud	M.S. 3.1	Porcentaje de funcionarios Ley 18.834 capacitados en ejes de ENS	M >=70%	Funcionarios no se encuentran informados, OOTT no responde dudas, falta de material de contenido de curso	Realizar charlas informativas a los funcionarios del establecimiento	U. Planificación y Control de Gestión	Material de Difusión y Lista de Asistencia a charlas				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 11.2	Lograr una cobertura óptima de capacitación en materias de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud para otorgar una atención segura a los usuarios del sistema de salud hospitalario.	Contar con planes de capacitación que incluyan estrategia on-line	M.S. 1.9	Porcentaje de profesionales 18.834 capacitados en prevención y control de IAAS	M>=90%	Funcionarios no se encuentran informados, OOTT no responde dudas, falta de material de contenido de curso	Realizar consultas a referentes del S.S.T. respecto de aspectos técnicos de medición del indicador	U. Planificación y Control de Gestión	Correos electrónicos				X								
OE N° 11.3	Promover la cultura de seguridad para mejorar la calidad y seguridad de la atención.	Formar equipos de trabajo y de apoyo profesional a la Unidad de Capacitación.	M.S. 1.10	Porcentaje de cobertura de capacitación del personal no médico en seguridad de la atención.	M >=70%	Funcionarios no se encuentran informados, OOTT no responde dudas, falta de material de contenido de curso	Equipos técnicos locales deben preparar contenidos de capacitaciones con material para modalidad asincrónica.	PCI y Of. Calidad y Seguridad del Paciente.	Material de Capacitaciones					X							
							Incluir en PAC capacitación en calidad y seguridad de la atención modalidad mixta.	Depto. De Capacitación.	Informe de Capacitación, que incluya asistentes, notas, material etc.				X								

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)																							
OE N.º 4	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la atención.	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
OE N.º 4.1	Cumplir con las garantías GES en las prestaciones otorgadas	Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías	C.4_1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red	M = 100 %	Aumento de la demanda de los pacientes con problemas de salud GES y escasa oferta para la atención y cumplimiento de las garantías de oportunidad (GO).	Formar equipo de trabajo GES conformado por Director, SDM, Referente GES de SDM, encargada Unidad GES y Jefes de servicio según problema de salud a tratar.	Director	Acta calendario de reunión/reuniones autoconvocadas mensuales día miércoles / con citación a jefes y/o supervisoras cuando corresponda.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Formar equipo de trabajo GES conformado por SDM, Referente GES de SDM, encargada Unidad GES y Jefes de servicio según problema de salud a tratar.	SDM	Acta calendario de reunión /reuniones autoconvocadas quincenalmente los días miércoles / con citación a jefes y/o supervisoras cuando corresponda.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Monitoreo de GO GES vencidas y por vencer e informar en reuniones de jefes de servicio para obtener propuestas y acciones de cumplimiento de estas.	SDM	Acta de reuniones con jefes de servicio para con las propuestas y acciones a realizar.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Monitoreo, coordinación, seguimiento y digitación en SIGGES del cumplimiento de las GO GES en HETG.	Encargada GES	Tabla Excel de seguimiento con GO vencidas y por vencer	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
							Priorizar y disponer de horas de consulta agendadas por especialidades médicas otorgadas por SOME para las GO GES.	SDM, Jefe CAE y Jefatura SOME con apoyo de referente GES SDM y encargada GES.	Informe trimestral de agendas, otorgamiento efectivo de consultas GES y cumplimiento de GO GES.					X	X	X	X	X	X	X	X		
		Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad	M.S. 1.1 19.664 / 1.8 18.834			Aumento de la demanda general de pacientes con diversas patologías de mayor complejidad que requieren de atención y resolución de urgencia, en desmedro de la atención electiva.	Priorizar procedimientos de Imagenología, TAC, RNM, ECO para confirmación diagnóstica, etapificación y seguimiento GO GES.	SDM, Jefe de Imagenología	GO GES Vencidas por requerimiento de procedimientos imagenológicos.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Priorizar procedimientos de endoscopia para garantías GES de confirmación diagnóstica y seguimiento (EDA, EDB, Colangio).	SDM, Jefe de Unidad Endoscopia	Cumplimiento de GO GES, que requieren procedimientos endoscópicos.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
							Planificar, programar y licitar convenios de compras de procedimientos con insuficiente oferta para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, que se requieren por canasta GES.	SDM, SDGC, SDA,	Resolución de convenios de compra y programa de mantención preventiva de equipos clínicos para procedimientos diagnóstico.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Planificar, programar y licitar convenios de compras de procedimientos sin oferta para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, que se requieren por canasta GES, (Pet CT, IHQ, RNM con sedación)	SDM, SDGC, SDA,	Resolución de convenios de compra para procedimientos diagnóstico sin oferta en HETG.					X	X	X	X	X	X	X	X		
							Planificación y programación eficiente y oportuna de los pacientes que requieren de cirugía electiva ambulatoria y hospitalización.	SDM/ SDGC / Jefes Servicios Quirúrgicos con apoyo de	Programación de tabla por jefaturas de especialidades priorizando pacientes				X	X	X	X	X	X	X	X	X		

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

								referente GES SDM y encargada GES	con GO GES oncológicas y no oncológicas. Cumplimiento de cirugías programadas GES.											
							Seguimiento y gestión de Garantías de Oportunidad GES por las jefaturas y profesionales de los policlínicos y servicios de hospitalizados.	SDM, Jefe CAE y Servicios clínicos / Supervisora CAE y Servicios clínicos	Cumplimiento de las GO GES en tpo oportuno.				X	X	X	X	X	X	X	X
							Planificar y realizar convenios de compra preventiva anual para contar con alternativas de solución oportuna en caso de falencias de servicios en HETG. (RRHH, quirófanos, camas)	SDM, SDA con apoyo de referente GES SDM y encargada GES.	Resolución de convenios de compra activo			X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Generar documento a jefes de servicio y especialidades médicas para recordar la confección oportuna de los documentos GES al término de la evaluación médica cuando se requiera de sospecha, confirmar o descartar, notificación, solicitud de interconsulta de derivación, cierre de caso y excepción de garantía en cualquiera de los 87 problemas de salud.	SDM, Jefes de Servicios clínicos y Especialidades.	Documento emitido.					X	X	X	X	X	X	X
							Levantar requerimientos de equipos con vida útil cumplida y funcionamiento deficiente para construir proyectos de adquisición que permitan un recambio y una atención continua y oportuna.	SDM, SDA, Jefe Unidad Proyectos	Proyecto anual realizado y presentado.				X	X	X	X	X	X	X	X
							Actualización de resolución GES con los encargados y supervisoras de procesos.	SDM / Referente GES SDM, Jefe CAE, encargada Unidad GES	Resolución actualizada.				X	X	X	X	X	X	X	X
							Planificar Operativos considerando la demanda requerida y oferta de especialidades médicas según la necesidad de Garantías GES.	SDM, SDA con apoyo de Referente GES SDM y Encarda GES.	Programar y calendarizar la solicitud.				X	X	X	X	X	X	X	X
							Programar y ejecutar reuniones con Jefe de Informática para priorizar los requerimientos del sistema YANI: 1.- Habilitar sistema de alerta para los PS GES con la confección de los documentos GES requeridos. 2.- Otros requerimientos GES que se identifiquen.	SDM, Jefe de Informática, Referente GES de SDM y Encarda GES y otros que se destine o a solicitud del Director	Resolución del comité, aumento de los documentos recibidos con disminución en los tiempos de registro. Aumento en la oportunidad de los registrosde de prestaciones GES verificando los aranceles percibidos por las atenciones GES.				X	X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 4.2	Disminuir la mediana de días de espera de CNE médica, en relación con la mejor mediana del año 2023	Identificar las brechas causales de la lista de espera de consulta nueva de especialidad médica	C.4_1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	M = Mediana de 210 días de espera	Débil gestión administrativa de los casos en lista de espera de consulta nueva de especialidad	Formar equipo de trabajo LECN conformado por Director, SDM, Referente LE, Médico gestor de LE., Jefe CAE, E.U. SOME. Con análisis de problemas, de estrategias y de resultados.	Director	Acta calendario de reunión/reuniones autoconvocadas mensuales / con citación a jefes y/o supervisoras cuando corresponda.				X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

								Formar equipo de trabajo LECN conformado por SDM, Referente LE, Médico gestor de LE, Jefe del CAE, E.U. SOME. Con análisis de problemas, de estrategias y de resultados.	SDM	Acta calendario de reunión/reuniones autoconvocadas cada 15 días / con citación a Jefes y/o Supervisoras cuando corresponda.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Designación de médico encargado de la gestión de los pacientes de la LE.	SDM	Médico designado por resolución				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Médico encargado de la gestión de la LE, con funciones de comunicación directa con especialistas; con intervención en agendas médicas; gestión en U. de apoyo; coordinación para atención dirigida de pacientes antiguos.	Médico encargado de la gestión de la LECN	Actividades realizadas para lograr la disminución de la LECN				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Priorizar y disponer de horas específicas de consultas agendadas por especialidades médicas otorgadas por SOME para los pacientes de la LECN.	SOME	Informe trimestral de agendas, otorgamiento efectivo de consultas para pacientes de la LECN.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Priorización de exámenes o procedimientos definidos como pre-requisitos para las cons. nuevas en algunas especialidades	SDM , Jefe ORL, Jefe Laboratorio u otro a definir eventualmente.	Pacientes con requerimientos previos efectuados en tiempos aceptables				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Planificar operativos considerando la demanda requerida y oferta de especialidades médicas para la disminución de la lista de espera.	SDM, Jefe CAE, Médico gestor, encargada LE.	Número de pacientes atendidos en las diferentes especialidades convocadas. Porcentaje de asistencia				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Planificar y programar junto al SST, compras de consulta nuevas de especialidad con insuficiente oferta en el Hospital, incluido el llamado y visitas a domicilio con móviles propios.	SDM, Jefe CAE, Encargada LE, Médico de gestión LE, Jefe SOME, Supervisora CAE.	Pacientes atendidos versus programación de compras por especialidad. % egresos pac. del percentil 75. Efectividad de llamados y visitas.				X	X	X	X	X	X	X	X	
								Seguimiento por las jefaturas y profesionales de los policlínicos, unidades y servicios, la evolución de las listas de espera de sus especialidades, con colaboración activa.	SDM, Encargado L. de E.	Entrega mensual de la situación de las listas de espera de cada especialidad.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Levantar requerimientos de equipos con vida útil cumplida o funcionamiento deficiente, necesarios para la realización de una consulta, que permitan una atención continua y oportuna.	SDM, Jefe CAE, Supervisora CAE .	Informes del estado de equipos que intervienen directamente en una consulta y que puede entorpecerlas. Gestión al respecto.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Realizar reuniones de trabajo periódicas con el equipo de lista de espera.	SDM, Encargada LE, Jefe CAE., Informático	Ejecución de los acuerdos.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
								Gestión activa para aumentar boxes para la atención de pacientes	Jefe CAE. SDM	Aumentar número de boxes para atención médica				X	X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

							Gestión activa para contar con móviles del Hospital para rescate de paciente que no responden por teléfono.	SDA, SDM	Informes mensuales de visitas domiciliarias con nuestros móviles				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
OE N.º 4.3	Disminuir la mediana de días de espera de IQ, en relación a la mediana del 31.12 año 2023	Identificar las brechas causales de la lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas	C.4_1.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas	M <= 239 mediana de días de espera	Débil coordinación de equipo responsable de la gestión de la lista de espera quirúrgica	Formar equipo de trabajo LEQ conformado por Director, SDM, Referente LE, Médico gestor de LE., Jefe CAE, UGR, Jefe PREQX, UGIS con análisis de problemas, de estrategias y de resultados.	SDM	Acta y asistencia									X				
							Identificar especialidades con mayor LEQ y solicitar planes de mejora.	SDM - Ref. lista de espera	Documento solicitud planes de mejora							X						
							Seguimiento a planes de mejora de especialidades con LEQ, participación y colaboración activa de Jefes de Servicio.	SDM - Ref. lista de espera	Informes mensuales. Acta y asistencia.					X	X	X	X	X	X	X	X	
							Subdirección Médica debe priorizar LEQ en tabla quirúrgica y por criterio de antigüedad.	SDM - SDGCP	Informe de prioridad de tabla quirúrgica								X	X	X	X		
							Designación de médico encargado de la gestión de los pacientes de la LEQ.	SDM	Médico designado por resolución					X								
							Médico encargado de la gestión de la LEQ, con funciones de comunicación directa con especialistas; con intervención en agendas médicas; gestión en U. de apoyo; coordinación para atención dirigida de pacientes antiguos.	Médico encargado de la gestión de la LEQ	Actividades realizadas para lograr la disminución de la LEQ					X	X	X	X	X	X	X	X	
							Priorizar y disponer de horas específicas de consultas agendadas para especialidad cirugía otorgadas por SOME para los pacientes de la LEQ.	UGR	Informe trimestral de agendas, Otorgamiento efectivo de consultas para pacientes de la LEQ.					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Monitoreo y gestión lista de espera						Priorización de exámenes o procedimientos definidos como pre-requisitos para las diferentes cirugías	SDM, Jefe Servicios o Unidades, Jefe Laboratorio u otro a definir eventualmente.	Pacientes con requerimientos previos efectuados en tiempos aceptables					X	X	X	X	X	X	X	X
								Planificar operativos considerando la demanda requerida y oferta de especialidades médicas y de pabellones para la disminución de la lista de espera quirúrgica.	SDM, Jefe CAE, Jefe Pabellones, encargado LEQ.	N° de pctes. operados. Porcentaje de asistencia. Porcentaje pctes. antiguos de la LEQ.					X	X	X	X	X	X	X	X
								Planificar y programar junto al SST, compras de cirugías, por insuficiente oferta en el Hospital. Incluido llamados y visitas a domicilio con móviles propios y controles.	SDM, Jefe CAE, Médico de gestión LEQ, Jefe SOME, SDGCP, Jefe Pabellones.	Pctes. operados versus programación de compras por especialidad. % egresos pac. del percentil 75. Efectividad de llamados y visitas.					X	X	X	X	X	X	X	X
								Realizar oportunamente operativos quirúrgicos con foco en especialidades con mayor LEQ y antigüedad	SDM	Informe de operativos quirúrgicos					X					X		
								Gestión activa para disponer de manera continua de pabellones.	SDM, SDA	N° de pabellones en uso					X	X	X	X	X	X	X	X
								Levantar requerimientos de equipos con vida útil cumplida o funcionamiento deficiente, necesarios para la realización de diferentes cirugías, que permitan una atención continua y oportuna.	SDM, SDA, Jefe Pabellones, Jefes de subespecialidades quirúrgicas.	Informes del estado de equipos que intervienen directamente en una cirugía y que pueden entorpecerlas. Gestión al respecto.					X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

		Optimizar el proceso quirúrgico, el proceso prequirúrgico y la programación de la tabla quirúrgica					Realizar reuniones de trabajo periódicas del equipo con responsables informáticos	SDM, Encargado L. de E. Q. , Informático	Ejecución de los acuerdos.					X	X	X	X	X	X	X	X		
							Gestión activa para disponer de camas quirúrgicas	SDM, Gestor de camas, Jefes de servicios	N° de camas quirúrgicas disponibles					X	X	X	X	X	X	X	X		
							Seguimiento por las Jefaturas, la evolución de las listas de espera quirúrgica, con colaboración activa.	SDM, encargado L.E.Q., Médico encargado de Gestión de L.E.Q.	Entrega mensual de la situación de las listas de espera quirúrgicas de cada especialidad.					X	X	X	X	X	X	X	X		
							Gestión activa para contar con móviles del Hospital para rescate de paciente que no responden por teléfono o para traslados de pcte.	SDA, SDM	Informes mensuales de visitas domiciliarias con nuestros móviles					X	X	X	X	X	X	X	X		
							Gestión activa para aumentar boxes para la atención de pcte.	Jefe CAE, SDM	Aumentar N° de boxes para atención médica					X	X	X	X	X	X	X	X		
OE N.º 4.4	Disminuir los tiempos de espera para consulta nueva odontológica	Identificar las brechas causales de la lista de espera de consulta nuevas de especialidad odontológica	C.4_1.4	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para consulta nueva de especialidad odontológicas	M<= 0	Ausencia de seguimiento y monitoreo periódico de resolución LEO.	Realizar reuniones mensuales de monitoreo, conformar equipos.	SDM	Acta y asistencia														
		Monitoreo y gestión lista de espera																					
		Optimizar el proceso ambulatorio, la programación de especialistas odontólogos, gestión de agenda, contactabilidad y ocupación de las unidades dentales																					
OE N.º 4.5	Aumentar la oferta de CNE	Asegurar disponibilidad de oferta para el acceso a la CNE	C.4_3.1	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los establecimientos ambulatorios de especialidad	M>=70%	Gran demanda de pacientes control por sobre consulta nueva	Unidad de Gestión en Red debe asegurar el agendamiento de consultas nuevas.	UGR	Agendas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Contribuir a la gestión de la gran demanda existente para acceder a la atención de especialidad dado por abultadas listas de espera.					Programación de la actividad clínica debe asegurar la oferta de 30% de CN para cada especialidad.	Jefe CAE. SDM	Agendas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Desarrollar e implementar estrategias focalizadas por especialidades, principalmente en aquellas que presentan menor cumplimiento de la meta.					Rendimientos menores de pacientes nuevos v/s pacientes en control	Jefe CAE. SDM	Informes mensuales. Acta y asistencia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Operativos y compras de servicios para disminución de pacientes LECN no tributan a cumplimiento de indicador.	Jefe CAE. SDM	Informes mensuales. Acta y asistencia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Fortalecer Comité de Programación de la actividad clínica	Jefe CAE. SDM	Informes mensuales. Acta y asistencia.					X	X	X	X	X	X	X	X		
OE N.º 4.6 OE N°4.7	Aumentar el porcentaje de altas de usuarios/os en especialidades médicas.	Estandarizar protocolos y planes terapéuticos en la atención de especialidades médicas ambulatorias.	C.4_3.5	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los establecimientos ambulatorios de especialidad	M ≥70,0% de las especialidades médicas cumplen meta	Proceso clínico asistencial ambulatorio no está definido para poder sociabilizar.	Levantamiento del proceso operativo clínico asistencial ambulatorio	SDM - Jefe CAE - SOME	Diseño proceso									X	X	X			
		Debilidades en los sistemas de registros de la actividad clínica				Establecer y/o actualizar protocolos de la atención ambulatoria, específicamente de la consulta médica de especialidad, por especialidad.	SDM - Jefe CAE	Protocolo de especialidades										X	X	X			
						Mejorar sistemas de información, permitiendo así la integración de los registros clínicos de los pacientes de la red asistencial.	Depto. Informática	Informe mejoras de SDA a SDM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

		Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención fortaleciendo el proceso de referencia y contrarreferencia de las respectivas redes.				Ausencia de seguimiento y monitoreo por especialidad al alta	Migrar a YANI 100% el registro de la actividad de la atención por médico de especialidad ambulatorio.	Jefe CAE - Depto. Informática	Instructivos de uso Yani					X	X	X						
		Fortalecer la coordinación entre el área clínica t el área administrativa del establecimiento ambulatorio de especialidades.					Desarrollar reportes informáticos para el control oportuno de la calidad del registro de la actividad de la atención por médico de especialidad ambulatorio (dashboard)	UGIS	Imagen dashboard				X									
		Fortalecer la comunicación entre el usuario (a) y el establecimiento, mediante la actualización permanente por los diferentes medios disponibles los datos de contacto de la persona y sus cercanos.					Falta de conocimiento de tributación de altas por parte de los profesionales	Difundir en Jefes de Policlínicos resultados por especialidad de indicadores asociados a la actividad clínico - ambulatorio.	UGIS - Jefe CAE	Reportes a Jefes de Servicios								X	X	X	X	
	Disminuir el porcentaje de usuarios (as) que "no se presentan" (NSP) a una consulta médica de especialidad con agendamiento efectivo.	Desarrollar y actualizar protocolos de contactabilidad y gestión de citas en cada establecimiento.	C.4_3.6	Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios(as) que “no se presentan” (NSP) a la consulta médica en los establecimientos ambulatorios de especialidad	M ≥70,0% de las especialidades médicas cumplen meta	Protocolizar tributación de altas respecto a cada especialidad	Fortalecer comité HETG de programación anual de profesionales (sesionar mensual)	Director	Acta calendario de reunión /reuniones autoconvocadas mensuales / con citación a Jefes y/o Supervisoras cuando corresponda.					X	X	X	X	X	X	X	X	
						Falta de flujos claros del dato clínico hasta la tributación	Realizar protocolos de tributación de altas específicos por especialidad	Comité programación	Actas de sesiones del comité donde se fijan planes a seguir					X	X	X	X	X	X	X	X	
	OE N.º 5	Potenciar la Participación Comunitaria	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N.º 5.1	Implementar estrategias generadas por las instancias formales de participación efectiva.	Recoger opiniones y/o análisis de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, para ser incorporadas al Plan Estratégico del Establecimiento y como antecedentes para la elaboración de planes de mejora y otras iniciativas del Comité de Gestión Usuaría	C.4.2	% de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social	M = 100%	Control de las expectativas del Consejo Consultivo	Elaborar plan de participación social de manera conjunta con el Consejo Consultivo, comunicando la realidad financiera de la institución y normativa del sector público.	Dirección - U. Atención al usuario	Resolución con plan de actividades						X	X	X	X	X	X	X	X
		Relevar y visibilizar la figura de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, como actores protagonistas en los espacios efectivos de participación social y diálogo entre la comunidad funcionaria y usuaria																				

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

OE Nº8	Fortal. y opt. los modelos y proc. gestión cl. críticos	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
OE N.º 8.6	Mejorar la gestión de notificación y pesquisa de posibles / potenciales donantes de órganos y disminuir el descarte y contraindicación relacionada al soporte y mantención de éstos.	Liderazgo de Subdirección Médica y equipo directivo, en la supervisión e implementación de estrategias dirigidas al aumento permanente y continuo de la notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes; y aquellas que disminuyan el descarte y contraindicación relacionada a soporte y mantención de posibles/potenciales donantes	C.3.3	Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas	M 1: ≥ 90,0%.	Capacidad de fortalecer la U. de Procuramiento	Consolidar Unidad de Procuramiento de Órganos, restando de sus funciones las propias de trasplante.	SDM - U. Procuramiento	Manual de organización U. Procuramiento									X							
		Posibilidad de mejora en trazabilidad de datos de los distintos sistemas de registro (SIDOT, GRD, YANI)				Registro de recepción de notificación de posible donante en SIDOT (hasta las 24 horas de recepcionada la llamada de notificación)	SDM - U. Procuramiento	Registro en SIDOT por CLP. Revisión Referente SSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
						Envío trimestral de certificado de validación de descarte/contraindicación relacionada con mantención/soporte de posibles/potenciales donantes	SDM - U. Procuramiento	Correo electrónico	X			X			X			X			X				
						Envío trimestral de informe cualitativo de descartes de posibles donantes	SDM - U. Procuramiento	Correo electrónico	X			X			X			X			X				
						Monitoreo regular de reporte SIDOT, GRD, UEH y UPC, para cruce de información, con revisión de fichas clínicas del periodo.	SDM - U. Procuramiento	Reuniones de revisión y coordinación entre U. de Procuramiento, GRD, UEH, UPC y Referente SST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Falta de actualización de protocolo de notificación				Actualización del protocolo institucional de notificación HDETG	SDM - U. Procuramiento	Resolución del protocolo													X				
						Entrega de protocolo de notificación a médicos nuevos	SDM - U. Procuramiento	Recepción firmado por médicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Capacidad de fortalecer la coordinación con unidades críticas.				Reuniones cada 2 meses entre U. Procuramiento y Unidades Generadoras	SDM - U. Procuramiento	Acta, lista de asistencia, correos electrónicos u otro											X		X		X		X
					Realizar capacitación por parte de Unidad de Procuramiento a unidades generadoras HETG, HAH, Centros Privados y otros	SDM - U. Procuramiento	Lista de asistencia														X				
		M 2: ≤ 15,0%; o disminuir ≥ 15,0% bajo la línea base.			Se encuentran debilidades en comunicación efectiva a familiares del proceso de donación	SDM - U. Procuramiento	Fotografías y/o registro de la actividad														X				
					Capacidad de mejora en proceso de procuramiento	SDM - UPCA - UPCP	Entrega de turno con check de charlas															X	X	X	
					Falta sensibilizar en donación de órganos a la Comunidad Hospitalaria	Realizar charlas sobre donación de órganos a U. Básicas del HDETG	SDM - U. Procuramiento	Lista de asistencia										X	X	X	X	X	X	X	X
						Gestionar con U. Desarrollo Organizacional incorporar temática de donación al proceso de inducción funcionarios.	U. Procuramiento - SDGDP	Material de inducción.										X	X	X	X	X	X	X	X
						Incorporar a página web hospital banner de procuramiento	U. Procuramiento - D. Informática	Imagen página web										X	X	X	X	X	X	X	X
					Falta de sensibilización en donación órganos a la Comunidad de la región de Tarapacá	Apoyar actividad de difusión del día nacional de donación de órganos y tejidos, organizada por el S.S.T.	U. Procuramiento	imágenes de actividad														X			
						Contar con plan de difusión para promover la donación de órganos con apoyo de casas de estudios como UNAP, U. Sto. Tomás, colegio Robert Johnson	U. Procuramiento	Plan de difusión											X						
						Contar con plan comunicacional de donación y trasplantes SST - HDETG	U. Procuramiento	Plan de comunicación											X						

ESTRATEGIA GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

							Transparentar en la Comunidad lista de espera de órganos de la región de Tarapacá y del país.	U. Procuramiento	Informe de acta de asistencia					X	X	X	X	X	X	X	X
						Ausencia de control interno	Informe mensual a la SDM con identificación de profesionales funcionarios que no notifican	U. Procuramiento	Informe					X	X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 14	Aumentar la confianza de la sociedad en el establecimiento de salud	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº14.1	Comunicar de manera efectiva el accionar del HDETG	Preparar plan de comunicación externa e interna		Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de comunicaciones HDETG	M = 100%	No existen lineamientos para regular los múltiples intereses de comunicar gestión hospitalaria.	Crear comité de Comunicaciones del establecimiento que regule la comunicación externa de la institución.	U. Comunicaciones y RRPP	Resolución Exenta Comité de Comunicaciones								X				
							Realizar Plan de comunicación externa que comunique a la sociedad la actividad hospitalaria.	U. Comunicaciones y RRPP	Plan aprobado de Director							X					
							Realizar Plan de comunicación interna que comunique a funcionarios asuntos relevantes de la institución.	U. Comunicaciones y RRPP - U. Atención al Usuario	Proyecto aprobado por Director							X					
							Actualizar vocería oficial de la institución hacia prensa local y nacional	Director	Resolución con orden de vocería.							X					

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)																					
OE N.º 6	PROPORCIONAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DIGNA	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N.º 6.1	Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna	Implementa un sistema de registro de la demanda de fármacos del área ambulatoria	D.4_1.2	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	M>=99.5%	Ausencia de software informático que permita la adecuada gestión de inventario en farmacia (gestión de stock, demanda no satisfecha, mermas por vencimiento, entre otras).	Contar con Plan de desarrollo o adquisición de software informático para la gestión de inventario.	SDM - U, Farmacia - SDA - Depto. Informática	Plan de Desarrollo o adquisición de software de gestión del inventario								X				
		Falta de conocimiento por parte del equipo de la importancia del despacho de receta total y oportuno.				Educación al equipo de farmacia ambulatoria respecto a la importancia del despacho de receta total y oportuno.	SDM - U. Farmacia	Listado de asistencia a la educación que debe incluir: Tema(s) tratado, nombre, apellidos, R.U.N y firma de participantes.								X	X	X	X		
		Desactualización del manual de procedimientos de farmacia especialidades (marzo 2022) que incluye: Programación de medicamentos y retiro de medicamentos desde bodegas de abastecimiento.				Actualización del manual de procedimientos de farmacia especialidades	SDM - U. Farmacia	Manual de procedimientos de farmacia especialidades actualizado y aprobado.								X	X	X	X		
		Definición de stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento.				Solicitud de modificación de planta física de farmacia ambulatoria que incluya una bodega activa de medicamentos.	U. Farmacia	Memorándum dirigido al Director indicando las necesidades de infraestructura y consecuencias de la ausencia de bodega activa de medicamentos.					X	X	X	X	X	X	X		
OE N.º 6.2	Implementar estrategias generadas en el marco del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de la Satisfacción Usuaría en concordancia con la programación anual 2024.	Recoger opiniones y/o análisis de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, para ser incorporadas al Plan Estratégico del Establecimiento y como antecedentes para la elaboración de planes de mejora y otras iniciativas del Comité de Gestión Usuaría	D.4_1.8	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	M =100%	Ausencia de Planes de Trabajo	Activar funcionamiento de acompañamiento espiritual y voluntariados	U. Gestión al Usuario	Lista de asistencia				X								
							Inducción acompañamiento espiritual	U. Gestión al Usuario	Materia de apoyo y Lista de asistencia				X								
							Creación de credenciales con vigencias de 4 años	U. Gestión al Usuario	Listado con firma de recepción de credenciales				X	X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

		Recoger opiniones y/o experiencias de trabajo de los y las referentes técnicos en la temática de gestión de la satisfacción usuaria y estrategias de humanización de la atención (Hospital Amigo, entre otras) considerando aspectos de mejora en la Satisfacción Usuaría					Vacunación, acompañamiento espiritual y voluntariado	U. Gestión al Usuario	Listado con firma de voluntariado vacunado					X								
		Realizar reuniones entre voluntariado y equipo directivo HDETG					U. Gestión al Usuario	Lista de asistencia				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Análisis de causas con Jefaturas de Servicios Clínicos o Unidades con reclamos por trato al usuario y realizar capacitaciones pertinentes.					U. Gestión al Usuario	Certificados de funcionarios capacitados.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Aplicar instrumento de Satisfacción Usuaría a las áreas ambulatorias, hospitalización y urgencias.					U. Gestión al Usuario	Informe de resultados de la aplicación del instrumento						X					X			
OE N.º 6.4	Incentivar la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable previniendo obesidad y otras enfermedades no transmisibles.	Mantener activo Comité de Lactancia Materna.	M.S. 1.4 18.834	Porcentaje de egresos con lactancia materna	M >=93%	Existe capacidad para fortalecer la lactancia materna.	Reuniones bimensuales del Comité de lactancia materna	SDM - Coordinadora Matronería	Resolución Comité actualizados, actas y asistencia.		X		X		X		X		X		X	
		Actualizar conocimientos de la lactancia materna en funcionarios hospitalarios.					SDM - Coordinadora Matronería	Certificado de la actividad de capacitación.								X						
		Realizar actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva.					SDM - Coordinadora Matronería	Archivos audiovisuales							X							
OE N.º 9	Mejorar la Calidad de Información Estadística	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
OE N.º 9.1	Mejorar la consistencia de los registros estadísticos oficiales	Contar con mecanismos de validación de datos, asegurando completitud y calidad de los registros	PE	Porcentaje de áreas de producción con registros de producción automatizado.	100% de las áreas de producción con registros de actividad automatizado.	Falta de conocimiento en funcionarios de la responsabilidad por la calidad y oportunidad del registro clínico administrativo	Participar en reuniones, comisiones internas, con Jefes de unidades de producción y destacar la importancia de la calidad y oportunidad del registro.	UGIS	Actas de reuniones.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
							Entrega de reportes semanales de actividades no confirmadas en áreas de urgencia y ambulatorio (médicos y no médicos)	UGIS	correos electrónicos semanales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Comunicación permanente con referentes técnicos de producción para el correcto registro de datos estadísticos				Falta monitoreo diario del registro de producción	Continuar con el desarrollar dashboard de producción del proceso ambulatorio y de Urgencia Adulto Infantil	UGIS	Imagen de dashboard	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
						Entrega de datos de producción con falta de oportunidad y concordancia	Reiterar por resolución a las unidades de producción, con apoyo de Dirección, plazos mensuales para la entrega de información. Calendarización con los cierres estadísticos.	UGIS	Resolución que aprueba plazos de entrega de información						X							
							Velar por la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática	Informe Jefe UGIS de concordancia						X	X	X	X	X	X	X	X

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

						Existen entrega de registros manuales de producción	Realizar plan de trabajo que aborde el desarrollo de soluciones de automatización de la información. Unidad Gestión de la Información - Depto. Informática. Urgencia. Ambulatorio, Apoyo Diagnostico	UGIS - Depto. Informática	Plan aprobado por Dirección.									X					
		Realizar acciones que permitan obtener REM consistentes entre ellos IQ, CME, CMA, partos, DCO, Índice IQ X Pcte., etc				Existe capacidad para fortalecer el conocimiento en herramientas para el procesamiento de datos.	Realizar cursos para fortalecer el conocimiento en el procesamiento de datos.	UGIS	Certificados de funcionarios capacitados.											X			
		Generar documento oficial que defina las etapas del proceso estadístico y responsables de los ámbitos de información y definir acciones frente a incumplimientos.				Inconsistencia en registros SIGTE	Velar por el correcto uso y cumplimiento de plazos en carga de registros en SIGTE. Velar por la consistencia de los registros en SIGTE v/s ingresos y egresos de listas de esperas.	UGIS	Reporte SIGTE mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Integrarse a la red, en reuniones del proceso de información SIGTE. Comunicar formalmente las debilidades de SIGTE y reportar mensualmente al gestor de red registros de pacientes atendidos pero que no pueden ser egresados de SIGTE.	UGIS	Listado de firmas de reuniones y correos con envío de reportes mensuales.								X	X	X	X	X	X	X
OE N.º 10	Fortalecer procesos de mejora continua y calidad	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
OE N.º 9.1	Contar con programas de calidad y seguridad de la atención que incluya proceso de re acreditación.	Fomentar una cultura de calidad en todo el quehacer hospitalario	PE	Porcentaje de cumplimiento actividades del plan de re acreditación	100%	Débil cultura de calidad en la institución	Resolución Exenta 1353 del 14 de junio del 2023.	DIRECCIÓN - OF. CALIDAD	Informe cumplimiento del plan													X	
		Equipo Directivo comprometido con el monitoreo y cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente																					
OE N.º 10.1	Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas	Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.	D.3_2.2	Porcentaje de compromisos suscritos e implementados , producto de una Auditoria	M: T1: ≥ 90,0% compromisos suscritos T2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación n de compromisos según nivel de compromisos al año.	Ausencia de Planes de Mejora	Nombrar funcionario Referente de Gestión que apoye la gestión Directiva de Planes de Mejora y su Implementación.	Director	Instrucción					X									
							Reforzar indicación Directiva de responsabilidad de Subdirectores.	Referente Gestor	Memorándum que informa a Subdirectores						X								
							Comunicar a Subdirectores aplicación del EA respecto de incumplimientos de plazos	Referente Gestor	Memorándum que informa a Subdirectores						X								
							Incorporar en perfil de Subdirectores, la responsabilidad de cumplimiento en elaboración de planes de mejoras y su implementación.	Director	Memorándum							X							
		Funcionario Referente de Gestión informar mensualmente por escrito a Director del cumplimiento de Planes de Mejora y su Implementación.					Referente Gestor	Memorándum con informe					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Funcionario Referente de Gestión debe coordinar mensualmente reunión entre Director y Subdirectores para informar de avances de los planes de mejora y su implementación.					Referente Gestor	Actas y listas de asistencias					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Utilizar sistema informático de CGR para realizar monitoreo de planes de acción					U. Auditoría	Planillas						X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Referente de Gestión debe realizar reuniones periódicas con jefes de áreas auditadas					U. Auditoría	Actas y asistencias					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

							Cumplir Resolución Exenta 12780 del 14.12.2023 aprueba Plan de Trabajo Auditoría 2024 y posteriores modificaciones.	U. Auditoría	Informe de cumplimiento del Plan de Trabajo de Auditoría	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
OE N.º 10.2	Contar con un proceso sumarial ordenado en sus etapas, definición de roles y responsabilidades .	Realizar levantamiento del proceso sumarial	P.E.	Porcentaje Cumplimiento del Plan de actividades de proceso sumarial	M = 100%	No existe información clara sobre los sumarios para la correcta y oportuna toma de decisiones.	Modelar proceso de sumarios.	SDGDP	Proceso modelado							X								
		Mantener actualizados manuales de procedimientos sumariales, publicar e informar de sus actualizaciones a la comunidad hospitalaria.					SDGDP	Res. exe. que aprueba manual de proceso sumarial							X	X	X	X	X	X				
		Definir roles y responsabilidades de funcionarios y unidades que intervienen en las diferentes etapas del proceso sumarial.					SDGDP	Res. exe. que aprueba roles y responsabilidades						X										
		Establecer formatos de reportes de los estados de sumarios de la institución a la autoridad.					SDGDP	Formatos							X									
		Entregar mensualmente a la autoridad los estados de los sumarios de la institución.					SDGDP	Memorándum con reportes							X	X	X	X	X	X				
OE N°11.2	Contribuir a que la autoridad resuelva oportunamente las posibles responsabilidades funcionarias en procesos sumariales.	Desarrollo de Manual Organizacional de la U. de Fiscalía Administrativa.	P.E.	Porcentaje de designaciones de fiscales y/o instructores para procesos sumariales instruidos por la Dirección en un plazo N	M = 75%	Autoridad no puede resolver en forma oportuna las posibles asignaciones de funcionarios idóneos e iniciar los procesos disciplinarios dentro del plazo legal debido a la recepción fuera de plazo de antecedentes.	Iniciar el proceso de reuniones internas y desarrollo del manual de organización.	U. Fiscalía Interna	Manual Organizacional aprobado por resolución.					X	X	X	X	X	X	X	X			
		Levantar los aspectos de riesgos que afecten los procesos de la Fiscalía y evaluarlos en base al procedimiento de matriz riesgo del CAIGG					U. Fiscalía Interna	Matriz de riesgo aprobada por Dirección									X	X	X	X				
		Diseñar el flujo de procesos en las etapas de recepción					U. Fiscalía Interna	Presentar el flujo de procesos asociado al Manual de Organización y aprobado por Resolución.																
OE N.º 15	Fortalecer sistemas de información y registros de la actividad clínica	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
OE N.º 15.1	Contar con sistemas de información para la actividad hospitalaria.	Desarrollo local de sistemas de información	PE	Porcentaje de actividades ejecutadas del Plan de Informática	M=90%	Ausencia de lineamientos sobre los sistemas de información local.	Reactivar Comité de gestión de procesos e informática local, multidisciplinario.	U. Planificación y Control de Gestión	Resolución de reactivación de comités									X						
						Ausencia de insumos básicos como Procesos Misionales actualizados																		
		Fomentar el uso de los sistemas de información				Existe interrupción en el acceso a YANI, por cortes de luz	Implementar turno para entregar "Soporte Informático" en horas inhábiles.	Depto. Informática	Informe a Director		X													
						Varios cambios de dependencia administrativa del Depto. de Informática	Determinar estratégicamente la dependencia administrativa permanente del Depto. de Informática.	DIRECCIÓN	Organigrama				X											
						Falta de computadores	Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.	Depto. Informática	Informe de brecha de eq. computacionales				X					X						X
		Contar con convenios con personas naturales para realizar el acompañamiento en el uso de sistemas				No existe levantamiento de requerimientos de	Comité de Informática local debe contar con procedimiento de levantamiento de requerimientos institucionales sobre soluciones informáticas.	Depto. Informática	Procedimiento											X				

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

						soluciones informática																		
		Existen en bases de datos registros inconsistentes				Participar en reuniones de análisis de datos, de haber observaciones a la calidad de los datos, se debe corregir y desarrollar la mejora en los sistemas que impidan el ingreso de datos erróneos.	Depto. Informática	Acta de reuniones y asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
						Mantener la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática	Informe Jefe Depto. de Informática						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Existen registros manuales de la actividad clínica				Desarrollar plan de trabajo 2024 para el desarrollo de la automatización de registros de producción como de Kinesiología, Rehabilitación, Hospital de día.	Depto. Informática - UGIS	Plan de trabajo																
		Falta de integración de los sistemas de información.				Depto. informática debe mantener la integración entre los sistemas de información local y los de red asistencial.	Depto. Informática	Informe de integración de sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		No existe diagnóstico local vinculado a seguridad de la información y ciberseguridad.				Nombrar encargado en el establecimiento de seguridad de la información y ciberseguridad.	Depto. Informática	Resolución de nombramiento						X										
						Diagnóstico de sistema de gestión de la seguridad de la información y ciberseguridad del HDETG.	Depto. Informática							X										
OE N.º 15.1	Contar con sistemas de información para la actividad hospitalaria.	Desarrollo local de sistemas de información	PE	Porcentaje de actividades ejecutadas del Plan de Informática	M=90%	Ausencia de lineamientos sobre los sistemas de información local.	Reactivar Comité de gestión de procesos e informática local, multidisciplinario.	U. Planificación y Control de Gestión	Resolución de reactivación de comités									X						
		Ausencia de insumos básicos como Procesos Misionales actualizados																						
		Fomentar el uso de los sistemas de información				Existe interrupción en el acceso a YANI, por cortes de luz	Estudio para analizar posibles soluciones de "Soporte Informático" en horas inhábiles.	Depto. Informática	Informe a Director									X						
						Varios cambios de dependencia administrativa del Depto. de Informática	Determinar estratégicamente la dependencia administrativa permanente del Depto. de Informática.	DIRECCIÓN	Organigrama										X					
		Contar con convenios con personas naturales para realizar el acompañamiento en el uso de sistemas				Falta de computadores	Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.	Depto. Informática	Informe de brecha de eq. computacionales															X
						No existe levantamiento de requerimientos de soluciones informática	Comité de Informática local debe contar con procedimiento de levantamiento de requerimientos institucionales sobre soluciones informáticas.	Depto. Informática	Procedimiento											X				
						Existen en bases de datos registros inconsistentes	Participar en reuniones de análisis de datos, de haber observaciones a la calidad de los datos, se debe corregir y desarrollar la mejora en los sistemas que impidan el ingreso de datos erróneos.	Depto. Informática	Acta de reuniones y asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Velar por la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.					UGIS - Depto. Informática	Informe Jefe Depto. de Informática							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Existen registros manuales de la actividad clínica				Contar con plan de trabajo 2024 para el desarrollo de la automatización de registros de producción como de Kinesiología, Rehabilitación, Hospital de día.	Depto. Informática - UGIS	Plan de trabajo																

ESTRATEGIA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

		Resolver brecha de equipos computacionales con arriendo, adquisición, etc.				Falta de integración de los sistemas de información.	Depto. informática debe mantener la integración entre los sistemas de información local y los de red asistencial.	Depto. Informática	Informe de integración de sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
						No existe diagnóstico local vinculado a seguridad de la información y ciberseguridad.	Nombrar encargado en el establecimiento de seguridad de la información y ciberseguridad.	Depto. Informática	Resolución de nombramiento					X										
							Diagnóstico de sistema de gestión de la seguridad de la información y ciberseguridad del HDETG.	Depto. Informática						X										
OE N.º 18	Disminuir los costos de la no calidad	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
OE N.º 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por Minsal	Mantener actualizada la información de vigilancia epidemiológica de IAAS, brotes de IAAS y estado de ejecución de actividades relacionadas con el PCI (cobertura de capacitación, ejecución de programas de supervisión, actualización de directrices)	D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	M >= 90%	Desconocimiento de funcionarios de importancia capacitación IAAS.	Difundir circular con la importancia de realizar acciones clínicas en condiciones de seguridad e higiene óptimas. Circular debe informar la obligatoriedad de realizar la capacitación y los plazos que tienen los funcionarios. El incumplimiento ameritará anotación de demérito.	DIRECCIÓN - U. PCI	Circular								X							
		Contar con cursos IAAS 27 y 80 hrs. on line en sitio web de hospital.					DIRECCIÓN - U. PCI	Certificado de la actividad de capacitación.						X	X	X	X	X						
		Reclutamiento y selección debe exigir requisito de curso IAAS para ingresar a institución. Actualizar protocolo.					DIRECCIÓN - U. PCI	Protocolo actualizado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
		Realizar monitoreo al cumplimiento de las medidas. Informar a Directivos de la institución.					U. PCI	Informe a Director								X	X	X	X					
		Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de actividades del PCI				Mejorar la cobertura de capacitación en IAAS 80 horas, a través, de la plataforma de capacitación del HETG de los profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico asistenciales en el establecimiento.	Monitorizar cobertura de la capacitación en IAAS 80 Horas, cuatrimestralmente, (profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico asistencial que no cuenten con dicho curso en los últimos 5 años). Reuniones con equipos de capacitación y RRRH. Gestionar con SDM y Director y SDRRHH políticas institucionales para alcanzar meta establecida por el BSC MINSAL (≥90%)	Director, Sub director médico, Unidad de Capacitación, SDGCP, SDRRHH, Coordinadora de Matronería, Jefe Personal, médico y enfermera encargada PCI	Informe anual firmado por la Unidad de Capacitación y Jefatura PCI, indicando que al menos un 90% de los profesionales responsables de dirigir y supervisar a otros profesionales o técnicos con actividades clínico-asistenciales ha realizado al menos una capacitación en IAAS en los últimos 5 años calendario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
						Mejorar la cobertura de capacitación en IAAS básico de 27 horas (Precauciones estándar) de los profesionales y técnicos nuevos que desarrollen actividades clínico asistenciales en el establecimiento	Gestionar capacitación de IAAS 27 hrs (Precauciones estándares y adicionales para los profesionales, técnicos y alumnos de internado y prácticas profesionales con actividades clínico- asistenciales que han ingresado al establecimiento desde enero a diciembre 2024. Coordinar acceso de los alumnos al curso de IAAS básico incorporado en la plataforma de capacitación del HETG. Coordinar reunión con SDGCP, Docencia, Capacitación, Jefe de Personal, Jefe reclutamiento, coordinadora Matronería, jefe de gestión y control. Monitorizar cobertura cuatrimestralmente (≥80%).	Director, Sub director médico, Unidad de Capacitación, SDGCP, SDRRHH, Coordinadora de Matronería, Jefe Personal, médico y enfermera encargada PCI	Informe anual firmado por la Unidad de Capacitación y Jefatura PCI, indicando que al menos un 80% de los profesionales, técnicos y alumnos de internado y prácticas profesionales con actividades clínico-asistenciales que han ingresado al establecimiento desde enero a diciembre 2024 realizaron el curso de IAAS 27 horas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			