



SERVICIO SALUD DE TARAPACÁ
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES
ACS/PAIC/FPS/JVS/OPR/FAV/fav

[Handwritten signature]

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2980

IQUIQUE,
15 DIC 2025

VISTOS: Lo establecido en el D. F. L. N° 01/ 05, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo dispuesto por el Decreto N° 75/06, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud en lo que resulte aplicable; lo dispuesto por el Decreto N° 38/05 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red; lo dispuesto por la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud; lo dispuesto por la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Atenciones Vinculadas a su Atención en Salud; lo dispuesto por la Resolución Exenta IP/N° 1108 del 27/06/2017 de la Superintendencia de Salud, que registra como prestador Institucional de Salud Acreditado al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique; lo dispuesto por el artículo decimoquinto transitorio de la Ley n° 19.937, que otorga la calidad de Autogestionado en Red al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique; lo dispuesto por la Resolución Exenta N° 2440/2024 de la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que aprueba el Plan Estratégico del establecimiento de salud; lo establecido por la Resolución N° 6 y 7 /19 de la Contraloría General de la República y las facultades que me confiere la Resolución Exenta N° 4870 del 13/11/2024, de la Dirección del Servicio de Salud de Tarapacá.

CONSIDERANDO:

1. Que por la Ley N° 19.937 se modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, por la que se crea la figura de los Establecimientos Autogestionados en Red, con la finalidad de obtener una mejora en la eficiencia en los hospitales más complejos del sistema de salud pública del país, otorgando mayores facultades a su Director respecto de las materias que con posterioridad vino a regular el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud relativas al recurso humano, financiero, físico y transacciones con terceros respecto de las materias

propias de su competencia dentro del cumplimiento de las funciones asignadas al Hospital Autogestionado en Red.

2. Que el Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" de Iquique, Hospital Autogestionado en Red, cuenta con Acreditación de Calidad otorgada por Resolución Exenta IP/ N° 1108 con fecha 27 de junio de 2017 y ha desarrollado una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada como forma de propender a garantizar de mejor manera los derechos vinculados a sus atenciones de salud a las que este nosocomio se encuentra obligado por mandato Constitucional y Legal.

3. Que por su parte el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud, ya mencionado, que contiene el texto del Reglamento Orgánico de los Establecimiento de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, estableció los requisitos necesarios para la obtención y mantención de dicha calidad y específicamente en su artículo 16, letra c) establece que entre los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado el establecimiento debe contar con un Plan de Desarrollo Estratégico y letra d) contar con un Plan Anual de Actividades.

4. Que el documento ministerial Instrumento de Evaluación para establecimientos autogestionados en Red año 2025, establece 12 Objetivos Sanitarios y que para alcanzarlos se hace necesario contar con un Plan Anual de Actividades Año 2025, haciendo foco en la mejora de procesos críticos como: Gestión de Camas, Listas de Esperas, Gestión de Calidad. Cumplimiento GES, cumplimiento indicadores clínicos y en su conjunto las actividades estratégicas contempladas en el Balanced Scorecard 2025, entre otros que se encuentran alineados en los 4 Temas Estratégicos Institucionales 1) Sustentabilidad Estratégica; 2) Eficiencia Operacional; 3) Gestión Asistencial en Red; 4) Calidad de la Atención.

R E S U E L V O:

1°.- APRUEBASE el conjunto de acciones contenidas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025" del establecimiento autogestionado en red Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que sirven para alcanzar los objetivos estratégicos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud para los hospitales autogestionados en red.

2.- **CÚMPLASE** por parte de las distintas Subdirecciones, Departamentos, Unidades y Oficinas las actividades detalladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025".

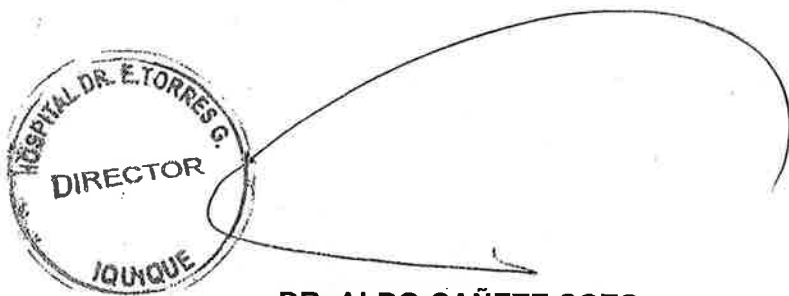
3.- **PUBLÍQUESE** el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025" documento completo y detallado, con responsables y plazos de cumplimiento en la página web del establecimiento autogestionado en red www.hospitaliquique.cl, con el nombre Plan_actividadesHDETG_2025.pdf

4.- **DEFÍNASE** como metodología para el seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025" el uso de la herramienta de Control de Gestión "Cuadro de Mando Integral" o "Balanced Scorecard".

5.- **HÁGASE** el seguimiento oportuno a las actividades por parte de la Unidad de Control de Gestión Hospitalaria.

6.- **DESE** cumplimiento al articulado 16, letra d) del Decreto Supremo N° 38 del año 2005.-

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

A circular stamp from the Hospital Dr. E. Torres G. in Iquique. The text inside the stamp reads "HOSPITAL DR. E. TORRES G." around the top, "DIRECTOR" in the center, and "IQUIQUE" at the bottom. A large, loopy handwritten signature is written over the stamp.

DR. ALDO CAÑETE SOTO
DIRECTOR (S)
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"

Lo que me permito transcribir a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.

2.- CÚMPLASE por parte de las distintas Subdirecciones, Departamentos, Unidades y Oficinas las actividades detalladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025".

3.- PUBLÍQUESE el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025" documento completo y detallado, con responsables y plazos de cumplimiento en la página web del establecimiento autogestionado en red www.hospitaliquique.cl con el nombre Plan_actividadesHDETG_2025.pdf

4.- DEFÍNASE como metodología para el seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2025" el uso de la herramienta de Control de Gestión "Cuadro de Mando Integral" o "Balanced Scorecard".

5º HÁGASE el seguimiento oportuno a las actividades por parte de la Unidad de Control de Gestión Hospitalaria.

6º DÉSE cumplimiento al artículo 16, letra d) del Decreto Supremo N° 38 del año 2005.-

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



DR. ALDO CAÑETE SOTO
DIRECTOR (S)
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"

Lo que me permito transcribir a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.



MINISTRO DE FE
ANA ACEVEDO SOTO

DISTRIBUCIÓN

Dirección
Sub Dirección Médica
Sub Dirección Gestión y Cuidado del paciente
Sub Dirección Administrativa
Sub Dirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Unidad de Control de la Gestión Hospitalaria ✓
Oficina de Partes

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (3)

OE N°1	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
	Satisfacer la Demanda de la Atención																				
OE N° 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	Programación anual de profesionales médicos y no médicos realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.	M ≥ 95%	Débil programación de la actividad clínica.	Fortalecer comité HETG de programación anual de profesionales (sesionar mensual)	Jefe CAR	Resolución Exenta de Comité de Programación.					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				Realizar programación de la actividad con la participación activa de Jefe de Servicios y el Comité de Programación.	SDM													
		Contar con sistemas de Control de Producción					Incorporar la herramienta digital de programación que está siendo elaborada por el SST.	Jefe Depto. Informática	Sistema en uso	X	X	X	X	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%		Realizar reuniones mensuales con Jefes de Especialidades.	Jefe CAE	Firmas de asistencia						X	X	X	X	X	X	
OE N° 7.1	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	Fortalecer los medios tecnológicos para el aumento de especialidades por telemedicina	A.4_1.4	Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.	M > = 95%	Incumplimiento de Programación Anual Odontológica 2024, ya que se alcanzó un 94,7% y se observa incumplimiento de tele interconsultas de patología oral programadas para 2025.	Implementar el uso de YANI atención abierta en los policlínicos del CAE	SDA - Depto. Informática	Instructivos					X	X	X	X	X	X	X	
							Realizar oportunamente reprogramación de CME, de acuerdo a lineamientos ministeriales.	SDM - Comité Programación	Archivos de reprogramaciones					X						X	
							Programación de vacaciones para contar con tiempo para gestion del reemplazo	Cr Odontología	Programa de vacaciones										X		
							Gestion de agendas de especialistas para ajustar a los tiempos de programación	Cr Odontología	Agendas	X											
							Contar con licitación de mantenimiento preventiva y reoperativa de los equipos dentales	Cr Odontología	Programa de mantenimiento					X							
							Gestion de lista de espera cne de especialidades odontológicas	Cr Odontología	Indicadores de cumplimiento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Mejorar la contactabilidad de pacientes en lista de espera de cne odontológica	Cr Odontología	Informe de contactabilidad de pacientes en lista de espera de CNE odontológica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Visita domiciliaria	Cr Odontología	Paciente en lista de espera	X	X								X	X	X
OE N°7	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° 7.1	Valorizar y disminuir los excesos de estancias outliers superiores respecto de la línea base	Utilizar la información que provee SIGCOM a través del cubo 9 y GRD, para valorizar el exceso de estancias outliers superiores	A.3_1.2	Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores (VEEOS)	M <= 5% L.B.	No se utiliza información SIGCOM para la toma de decisiones	Realizar presentación mensual al Consejo Directivo, de la valorización y resultados de outliers.	SDA - GRD	Acta de reunión									X	X	X	X
		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												
		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	UCCSG	Modificación resolución comité eficiencia hospitalaria									X	X	X	X

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (3)

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 Nº 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	Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.	M >= 95%	Durante el primer semestre del año 2025, el mantenimiento preventivo programado para el área de equipos médicos presenta un cumplimiento del 78 %. Esto es 439 mantenciones preventivas realizadas de un total de 571 equipos críticos. Actualmente sólo dos funcionarios en el área administrativa, responsables de gestionar las mantenciones preventivas con un total de 831 equipos médicos planificados en 2025, el cual se verá aumentado para el año 2026, lo que representa una carga operativa considerable y condiciona el cumplimiento de los objetivos establecidos.	Generación de informes y documentos técnicos que evidencien la brecha de personal existente en la Unidad de Mantenición, con el fin de sustentar proyectos de fortalecimiento institucional y justificar la necesidad de incorporación de recursos humanos adicionales.	Departamentos de Recursos Físicos	Informe Técnico A-013-2025						X	X	X				
							Ajustar la planificación de mantenimiento preventivo (MP) de equipos industriales y médicos, con el objetivo de aumentar la cobertura de intervención y evitar que equipos queden sin mantenimiento certificado o adecuación oportuna	Jefatura Mantencion	Se informará a traves de resolución modificatoria								X	X			
							Revisión mensual ejecución Mantenimiento preventivo. La unidad se reunirá en conjunto con los coordinares 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.	Jefatura Mantencion	Reuniones Departamentos Mantención - Recursos Físicos								X	X	X	X	X
		Control de las Sub-Asignaciones definidas para Imputación de gasto del mantenimiento preventivo y correctivo	ADP				Revisión mensual ejecución Mantenimiento preventivo junto al equipo tecnico de las areas correspondientes	Jefatura Mantencion	Reuniones Departamentos Mantención - Recursos Físicos												
		Identificar el gasto total en mantenimiento preventivo y correctivo, de acuerdo con lo planificado anualmente.															X	X	X	X	

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (3)

OE Nº14	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 Nº 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						
		Contar con políticas y plan de contención del gasto en convenio con personas naturales.					SDGDP	Resolución aprobatoria política				X														
		Directivos monitorear mensualmente el gasto en convenios con personas naturales.					SDGDP	Acta de reunión				X	X	X	X	X	X	X	X	X						
		Mantener actualizado procedimiento de ingreso de información de honorarios a SIRH					SDGDP	Resolución que aprueba el procedimiento				X	X	X	X	X	X	X	X	X						
		Circular informando la prohibición de nuevos cargos a honorarios suma alzada					SDGDP	Circular con la instrucción			X															
OE Nº 14.2	Ajustar el gasto en honorarios, médicos y no médicos al marco presupuestario	Monitoreo y contención mensual del sobregasto de honorarios.	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	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 Pujahña 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	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	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	X						
OE Nº14	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 Nº 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	Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE Y gestión de saldos en cuentas corrientes	Meta 1: 285% recaudo. Meta 2: 100% reintegro	Falta de seguimiento de la LM, que permita el cobro y recuperación oportuna de la LM	Actualización manual de procedimiento LM, sobre seguimiento de estado LM, Plazos.	Jefe Cobranzas Y Recaudación, SDGDP, Jefe Gestion De Las Personas	Resolución de manual procedimiento LM	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		Cobranza superintendencia de salud					Jefe Cobranzas Y Recaudación	Oficio semestral				X	X	X	X	X	X	X	X	X						
		Cobranza masiva Isapres					Jefe Cobranzas Y Recaudación	Oficio mensual de cobranza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
		Cobranza plataforma isapres					Jefe Cobranzas Y Recaudación	Cobro en revisión semanal por plataforma	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
		Cobranza terreno a isapre					Jefe Cobranzas Y Recaudación	seguimiento y consultas de LM en terreno a ISAPRE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº 14.3	Fortalecer los Reintegros al Fisco	Fortalecer los Reintegros al Fisco	A.1.6	Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE Y gestión de saldos en cuentas corrientes	Meta 1: 285% recaudo. Meta 2: 100% reintegro	Falta de seguimiento de la LM, que permita el cobro y recuperación oportuna de la LM	Reunion trimestral COMPIN	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas	Acta reunión						X	X	X	X	X	X	X	X				
							Reunion semestral seremia	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas	Acta reunión						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
							Reunion trimestral Subdireccion gestion de las personas	SDGP, Jefe Finanzas Y Jefe Cobranzas	Acta reunión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Informe de recuperación de LM	Jefe Cobranza Y Jefe Finanzas	Informe mensual						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE N°3	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°10	Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE												
OE N° 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.	M1: ≥ 90% de cumplimiento de las acciones implementadas del plan local de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención. M2: Mantenimiento y/o disminución del Índice de Ausentismo 2024 respecto a línea base. Índice 2023 igual o inferior a 24 días: Disminuir o	Resolución Exenta 2169 del 24 de septiembre del 2025, 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.		Índice de ausentismo laboral																	
OE N°11	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%								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%		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								
												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									

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE N°3	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°8.1	Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatorias	Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento	B.3_1.1	% 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	señalando cirugías posibles de ambulatorizar										X						
		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		
OE N°8.5	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	% de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	M1:>=75%; M2>=4,1 M3=>30% LEQ	Falta de protocolos en el proceso quirúrgico, capacitaciones y desconocimiento del programa de mantención preventiva de equipos locales	Destinar horas médicas para nombrar Jefe de CMA	SDM	Resolución de nombramiento destinación de horas médicas.						X										
		Levantamiento de proceso quirúrgico local					Pabellón	Proceso modelado				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Protocolos estipulados en conjunto con esterilización					Pabellón - Esterilización	Proceso modelado					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Control de procesos internos de la secuencia quirúrgica					Pabellón	Proceso modelado				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Evaluar tiempo de preparación de quirófanos entre cirugías.					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	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	X	X	X	X
		Implementación, habilitación y puesta en marcha YANI urgencia					SDA - SDM	Instructivo uso YANI																X	
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Actualizar protocolos de la atención de urgencia	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 actualizados de la atención de urgencia	Actualizar protocolos de la atención de urgencia	SDM - UEH	Protocolos actualizados												X				
		Falta fortalecer supervisión del registro de tiempos del proceso de hospitalización					SDGCP - UGC	Instrucción escrita																X	
		Falta definir validador de indicación de hospitalización.																							
		Gestión clínica insuficiente en los servicios clínicos	SDM				Resolución e instructivo a SS CL																	X	
		Fallas o ausencia en las unidades de apoyo diagnóstico	UGCC				Libro de entrega de turno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Demora en la resolución de los pacientes en el servicio de urgencia	UGCC				Libro de asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Reunión de camas diaria					Reunión de camas diaria	UGCC	Libro de asistencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		Falta de implementación de folio digital para favorecer registros					UGCC	Actas de reunión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Reunión mensual de dotación de camas	CG12			Falta de disponibilidad de pabellón de urgencia			Correo enviado a Fresia																

Examinar las medidas tomadas en vista

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

[illegible]

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE N° 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
		Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad	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.	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	X	X	X
							Generar documentos de servicio y especificaciones técnicas para la compra de 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	SDM, Jefe de Servicios clínicos y Especialidades.	Documento emitido.					X	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	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 Encargada GES.	Programar y calendarizar la solicitud.	X	X	X	X	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 Encargada 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 registros de prestaciones GES verificando los aranceles percibidos por las atenciones GES.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
							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	X	X	X	X
							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	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	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	X	X	X

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 4	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
---------	-------------	----	-----------	------	--------------	-------------	------------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 4	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso Y la oportunidad en la atención.	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
---------	--	-------------	----	-----------	------	--------------	-------------	------------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 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 Nº 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											X	X	X	X	X	X					
		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 Nº 4.5	Aumentar la oferta de CNE	Asegurar disponibilidad de oferta para el acceso a la CNE	C.4_3.1	% de especialidades médicas que cumplen meta de CN en los establecimientos ambulatorios de especialidad.	M>=70%	Gran dda. de pacientes control por sobre consulta nueva	Unidad de Gestión en Red debe asegurar el agendamiento de consultas nuevas.	UGR	Agendas																					
		Contribuir a la gestión de la gran demanda existente para acceder a la atención de especialidad dado por abultadas listas de espera.							Jefe CAE. SDM	Programación de la actividad clínica debe asegurar la oferta de 30% de CN para cada especialidad.																				
		Desarrollar e implementar estrategias focalizadas por especialidades, principalmente en aquellas que presentan menor cumplimiento de la meta.							Jefe CAE. SDM	Realizar reuniones de análisis de resultados (datos oficiales) por especialidades médicas, comenzar por especialidades con producción cercana a la meta.																				
		Estandarizar protocolos y planes terapéuticos en la atención de especialidades médicas ambulatorias.	C.4_3.5	% de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los establecimientos ambulatorios de especialidad	M ≥70,0% de las especialidades s médicas cumplen meta	Operativos y compras de servicios para disminución de pacientes LECN no tributen a cumplimiento de indicador.	Levantar planes de mejora por especialidad médica	Jefe CAE. SDM																						
		Proceso clínico asistencial ambulatorio no está definido para poder socializar.				Fortalecer Comité de Programación de la actividad clínica	Jefe CAE. SDM																							
						Levantamiento del proceso operativo clínico asistencial ambulatorio	SDM - Jefe CAE - Some	Diseño proceso																						
OE Nº 4.6 OE N°4.7	Aumentar el porcentaje de altas de usuarios/os en especialidades médicas.	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.	C.4_3.5	% de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los establecimientos ambulatorios de especialidad	M ≥70,0% de las especialidades s médicas cumplen meta	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																					
						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																						
						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																						
		Fortalecer la coordinación entre el área clínica t el área administrativa del establecimiento ambulatorio de especialidades.				Ausencia de seguimiento y monitoreo por especialidad al alta	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																					
	Disminuir el porcentaje de usuarios (as) que "no se	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.		% de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios (as) "que	M ≥70,0% de las	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																					
						Protocolizar tributación de altas respecto a cada especialidad	Fortalecer comité HETG de programación anual de profesionales (sesionar mensual)		Acta calendario de reunión /reuniones autoconvocadas mensuales / con citación a Jefes y/o Supervisoras cuando corresponda.																					
								Director																						

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 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				
	presentar* (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	no se presenten* (NSP) a la consulta médica en los establecimientos ambulatorios de especialidad.	especialidad s médicas cumplen meta	Falta de flujordaros 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 Nº 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 Nº 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																							
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				
	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				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						
							Registro de recepción de notificación de posible donante en SIDOT (hasta las 24 horas de recepción a la llamada de notificación)	SDM - U. Procuramiento	Registro en SIDOT por CLP. Revisión Referente SST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
							Envío trimestral de certificado de validación de descarte/contraindicación relacionado con mantención/soporte de posibles/potenciales donantes	SDM - U. Procuramiento	Correo electrónico	X			X												
							Envío trimestral de informe cualitativo de descartes de posibles donantes	SDM - U. Procuramiento	Correo electrónico	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
Actualización del protocolo institucional de notificación HDETG								SDM - U. Procuramiento	Resolución del protocolo												X				
Esta es una información de																									

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 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 Nº 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.	Realizar capacitación continua al personal sanitario, de las unidades generadoras, sobre donación y procuramiento.	C.3.3	% de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultos y pediátricos	M 2: ≤ 15.0%; o disminuir 2 15.0% bajo la línea base.	Falta de notificación de protocolo de notificación	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
							Reuniones cada 2 meses entre U. Procuramiento y Unidades Generadoras	SDM - U. Procuramiento	Acta, lista de asistencia, correos electrónicos u otro						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		
							Capacitación en comunicación muerte humanizada y abordaje familiar en proceso de donación a equipos de salud (UPC – UEH). En unidades generadoras incorporar charlas al iniciar cada turno	SDM - U. Procuramiento	Fotografías y/o registro de la actividad										X		
							Establecer mejoras en el momento de hablar con la familia del posible donante.	SDM - UPCA - UPCP	Entrega de turno con check de charlas										X	X	
	Demostrar el cierre de brechas informadas por los establecimientos, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.					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	X
							Gestionar con U. Desarrollo Organizacional incorporar temática de donación al proceso de inducción funcionarios.	U. Procuramiento - SDGPP	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
							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							
							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	X
							Informe mensual a la SDM con identificación de profesionales funcionarios que no notifican	U. Procuramiento	Informe				X	X	X	X	X	X	X	X	X
							Ausencia de control interno														
								AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE												
OE Nº 14	Aumentar la confianza de la sociedad en el establecimiento de salud		ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	U. Comunicaciones y RRPP	Resolución Exento Comité de Comunicaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
							Crear comité de Comunicaciones del establecimiento que regule la comunicación externa de la Institución.														
							Realizar Plan de comunicación externa que comunique a la sociedad la actividad hospitalaria.														
	Comunicar de manera			Porcentaje de actividades		No existen lineamientos para	Realizar Plan de comunicación externa que comunique a la sociedad la actividad hospitalaria.	U. Comunicaciones y RRPP	Plan aprobado de Director												

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 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 Nº14.1	efectivo el accionar del HDETG	Preparar plan de comunicación interna y externa y		ejecutadas del plan de comunicaciones HDETG	M = 100%	Seguir los tiempos interespaciales de comunicar gestión hospitalaria.	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				

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

OE Nº 6	NAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
OE Nº 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.	% 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					
		Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores					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.				Ausencia de bodega activa en dependencias de farmacia ambulatoria que permita disponer de los medicamentos de forma oportuna.	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 Nº 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	D.4.1.	% 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				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	X	X	X	X	
							Vacunación, acompañamiento espiritual y voluntariado	U. Gestión al Usuario	Listado con firma de voluntariado vacunado				X				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	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	X
OE Nº 6.4	Incentivar la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable previniendo obesidad y otras	Relevar y visibilizar la figura de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil.	M.5	% Egresos con lactancia materna	M >=93%	Existe capacidad para fortalecer la lactancia materna.	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				
							Reuniones bimensuales del Comité de lactancia materna	SDM - Coordinadora Matronería	Resolución Comité actualizados, actas y asistencia.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
							Capacitar a profesionales funcionarios y profesionales no médicos en lactancia materna	SDM - Coordinadora Matronería	Certificado de la actividad de capacitación.															X		
							Actividad de fomento de la lactancia materna, incluye charlas por radio emisoras	SDM - Coordinadora Matronería	Archivos audiovisuales														X			

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

[illegible]

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

[illegible]

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

[illegible]

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

OE Nº 6	NAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y	INICIATIVAS	ID	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por Minsal	actualización de directrices	D.1.2	% de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	M >= 90%	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 clínicas asistenciales en el establecimiento.	Realizar monitoreo al cumplimiento de las medidas. Informar a Directivos de la Institución.	U. PCI	Informe a Director												
		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.					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													
		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 80% de los profesionales, técnicos y alumnos de internado y prácticas profesionales con actividades clínicas-asistenciales que han ingresado al establecimiento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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 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 clínicas-asistenciales que han ingresado al establecimiento												