



SERVICIO SALUD DE IQUIQUE
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES
SGM/PA/C/KMD/GER/JYD/FAV/fav

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1842 /

IQUIQUE, 31 AGO 2023

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° 140/04, 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° 2291/2018 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° 425/12/2023, de la Dirección del Servicio de Salud de Iquique.

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 sus 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 Plan Estratégico del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, periodo 2018 – 2023, establece 5 Objetivos Estratégicos: 1) Fortalecer la Oportunidad y Satisfacción de la Demanda de Atenciones de Salud en la Población, 2) Aumentar Compromiso, Motivación y Eficiencia del Personal, 3) Fortalecer los Sistemas de Información y Registro de la Actividad Productiva Hospitalaria y de los Actos Complementarios de la Actividad Clínica en el Establecimiento, 4) Fortalecer la Confianza de la Sociedad en el Establecimiento de Salud, 5) Favorecer la Institucionalidad en Salud, Mediante el Fortalecimiento del Rol Docente Asistencial y de Investigación en Salud.

5. Que para alcanzar los Objetivos Estratégicos institucionales, es necesario contar con un Plan Anual de Actividades Año 2023 alineado con la Planificación Estratégica del Establecimiento de Salud, 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 2023, 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.

RESUELVO:

1°.- APRUEBASE el conjunto de acciones contenidas en el “Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2023” del establecimiento autogestionado en red Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que sirven para alcanzar los objetivos estratégicos sanitarios definidos por la autoridad e incluidos en la Planificación Estratégica 2018 – 2023.

PLAN ACTIVIDADES HDETG AÑO 2023

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (5)																
OE Nº1	Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE										
	Satisfacer la Demanda de la Atención					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
OE Nº 2.1	Optimizar el recurso de horas profesionales médicos, no médicos y especialistas del área ambulatoria	% cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y especialistas realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina. % Altas Odontológicas de especialidades del nivel secundario por Ingreso de tratamiento	M>=95%	Ausencia de Seguimiento y Control de la actividad clínica No hay sistemas de información que faciliten el control oportuno de producción	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. 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 Implementar el uso de YANI atención abierta en los policlínicos del CAE Realizar oportunamente reprogramación de CME, de acuerdo a lineamientos ministeriales Realizar estudio de las especialidades médicas y no médicas posibles de realizar vía telemedicina	COMITÉ DE PROGRAMACIÓN										
						SDM										
						SDA - DEPTO. INFORMÁTICA SDM - COMITÉ PROGRAMACIÓN SDM										
OE Nº7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	Var. de la valoración de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS)	META M<= 0%	NODO CRÍTICO No se utiliza información SIGCOM para la toma de decisiones	Realizar presentación mensual al Consejo Directivo, de la valoración y resultados de outliers. Subdirección Médica analiza trimestralmente las causas de los excesos de estancias outliers superiores. Incluir a Subdirector Administrativo como integrante del Comité de Eficiencia Hospitalaria 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 Contar con plan de desarrollo sistema digital de flujo de información de pagos. Crear Unidad de Administración de Contratos Realizar en reuniones del Consejo Directivo, análisis de la estimación por subítem en reuniones. Realizar reprogramaciones de mantenencias preventivas de equipos autorizadas por Dirección, comunicar a referentes S.S.T.	AREA RESPONSABLE										
						SDA - GRD										
						SDM UCCGG SDA SDA SDA SDA - CONSEJO DIRECTIVO SDA - DEPTO OPERACIONES SDA - DEPTO OPERACIONES SDA - DEPTO OPERACIONES SDA - DEPTO OPERACIONES SDA - DEPTO OPERACIONES										
OE Nº 7.3	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de dispositivos electro médicos, equipos industriales y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.	Var. % de las estimaciones pptarias respecto del gasto ejecutado % Ej. Plan Anual del Mantenimiento preventivo de equipos	Crít. M1>=100%, Rel. M2>=90%; Amb, M3>=100 %; Ind. M4>=90%; Gasto M5>=120%	Falta de programación anual ajustada de mantenencias preventivas de equipos y ordenamiento administrativo de Imputación del gasto.	Realizar internamente seguimiento mensual a la ejecución de la programación preventiva de equipos y el gasto en reuniones entre U. Control de Gestión, U. Mantención HDETG y referente S.S.T.	SDA - DEPTO OPERACIONES, U. CONTROL DE GESTIÓN										

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (5)																		
OE Nº7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 7.3	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de dispositivos electro médicos, equipos industriales y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.	% Ej. Plan Anual del Mantenimiento preventivo de equipos	Crít. M1>=100%, Rel. M2>=90%; Amb.M3>=100% Ind. Gasto M4>=90%; M5>=120%	Falta de programación anual ajustada de mantenciones preventivas de equipos y ordenamiento administrativo de imputación del gasto.	Realizar reprogramaciones de mantenciones preventivas de equipos autorizadas por Dirección, comunicar a referentes S.S.T.	SDA - DEPTO OPERACIONES					X	X	X	X	X	X		X
					Enviar a referente técnico del S.S.T. Y U. Control de Gestión mensualmente planillas de cumplimiento programación.	SDA - DEPTO OPERACIONES					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					X	X	X	X	X	X		X
					Realizar internamente seguimiento mensual a la ejecución de la programación preventiva de equipos y el gasto en reuniones entre U. Control de Gestión, U. Mantención HDETG y referente S.S.T.	SDA - DEPTO OPERACIONES, U. CONTROL DE GESTIÓN									X	X	X	X
OE Nº14	Controlar de manera ef. recursos Financieros	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 14.1	Controlar de manera eficiente la compra de IQ en el extrasistema	Var. del Gasto en Compras de Ss.	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									X	X	X	X
					Monitorear cumplimiento de programación anual de IQ por especialidad.	SDM									X	X	X	X
					Contar con presupuesto o financiamiento para compras de servicios de IQ	SDA									X	X	X	X
					Identificar contrataciones a honorarios que respondan a brechas de recurso humano	SDGDP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº 14.2	Ajustar el gasto en honorarios, médicos y no médicos al marco presupuestario	% Ajuste Gasto P.N. respecto Glosa	M =1	Ausencia de políticas y planes de contención del gasto en convenios con personas naturales	Contar con políticas y plan de contención del gasto en convenio con personas naturales.	SDGDP									X			
					Directivos monitorear mensualmente el gasto en convenios con personas naturales.	SDGDP									X	X	X	X
					Mantener actualizado procedimiento de ingreso de información de honorarios a SIRH	SDGDP									X	X	X	X
					Mantener informes mensuales de las cuentas bancarias	SDA					X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº 14.3	Informar los saldos de sus cuentas corrientes como también la utilización de los recursos en las cuentas corrientes del hospital	% informes enviados de gestión de saldos de cuentas corrientes	100% informes enviados	SEGUIMIENTO OPORTUNO AL ENVÍO DE REPORTES	Mantener conciliaciones bancarias actualizadas	SDA					X	X	X	X	X	X	X	X
					Flujo de retroalimentación de informes con entrega oportuna y copiado a U. de Control de Gestión Hospitalario	SDA					X	X	X	X	X	X	X	X

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE Nº8	Fortelecer y Optimizar los modelos y procesos de Gestión Clínica Críticos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
OE Nº8.3	Utilizar de forma eficiente el recurso de quirófano electivo e indiferenciados en dotación.	% Hrs. Oc. Quirófanos Habilitados	M>=85%	Existe capacidad instalada de pabellones quirúrgicos con tiempos inactivos.	Contar con Plan de Trabajo para centralizar la administración de los Pabellones Quirúrgicos, incluyendo pabellón de urgencia.	SDM									X					
					Aumentar capacidad de camillas de recuperación optimizando infraestructura de U. Anestesia y Pabellón	SDM									X					
				Débil priorización de pacientes LEQ y GES en programación de tabla.	Centralizar programacion IQ de pacientes de acuerdo a prioridades clínico - institucionales en SDM o Comité de Expertos Quirúrgicos. Resultado priorización LEQ, GES quirúrgico.	SDM									X	X	X		X	X
					Contar con sistemas de información automáticos que entreguen a los tomadores de decisiones la situación real de uso de pabellones, pacientes hospitalizados, etc., y no sistemas con registros manual.	SDA - DEPTO INFORMÁTICA									X	X	X		X	X
				Existen equipos clínico críticos sin mantención preventiva oportuna	Incorporar en el centro de costo U. Anestesia y Pabellón el control de la mantención preventiva de equipos críticos de su inventario. Realizar seguimiento al programa institucional de mantención preventiva de equipos críticos.	SDM - U. ANESTESIA Y PABELLÓN U. CONTROL DE GESTIÓN					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº8.3	Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatorias	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas	M=>48%	No existe un registro ampliado y actualizado de las debilidades de infraestructura de la institución.	Contar con proyectos de reposición de Equipos críticos de U. Anestesia y Pabellón.	SDM - U. PROYECTOS								X						
					Realizar levantamiento de las necesidades de mejora en infraestructura en toda la institución, tal como ampliación, reparación, modificación, etc.,	DEPTO. OPERACIONES - DIRECCIÓN								X						
				No se cuenta con levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar en la institución	Realizar levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar	SDM									X					
					Realizar actualización de cartera de servicios que defina categorización de cirugías ambulatorias	SDGCP								X						

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE N°8	Fortalecer y Optimizar los modelos y procesos de Gestión Clínica Críticos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	% ptes. que esperan - 12 hrs en la UEH para acceder a cama dot.	M=>80%	Registros no digitales de la actividad clínico administrativa en área de urgencia	Implementación, habilitación y puesta en marcha YANI urgencia	SDA - SDM										X		
				Protocolos no actualizados de la atención de urgencia	Actualizar protocolos de la atención de urgencia	SDM - UEH										X		
				Falta fortalecer supervisión del registro de tiempos del proceso de hospitalización	Instruir a U. Gestión de Camas que refuerce la supervisión del registro oportuno de los tiempos del proceso hospitalización que se realizan en los distintos servicios clínicos.	SDGCP - UGC								X				
				Falta definir validador de indicación de hospitalización.	Posicionar UGCC como validador de indicación de hospitalización.	SDM										X		
OE N°8.2	Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas	% Egresos con Estadías Prol. Sup.	M<=5,49%	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						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								X				
				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										X	X	X

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE N°8	Fortelecer y Optimizar los modelos y procesos de Gestión Clínica Críticos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N°8.5	Disminuir el índice de estancia media ajustada en GRDs médicos-quirúrgicos con IEMA >1	Variación del porcentaje del índice de estancia media ajustada en GRD Médico - Quirúrgico	Disminuir en 10% el IEMA de cada GRD seleccionado	Institución no cuenta con un modelo de atención de urgencia eficiente.	Definir modelo de atención de urgencia.	SDM - UEH									X		
				Ausencia de herramientas técnicas de modelo gestión del proceso hospitalario local.	Modelar proceso hospitalario local.	SDM - COMITÉ EF. HOSPITALARIA										X	
				Registros Informáticos Inconsistentes	Realizar análisis de registros del proceso de hospitalización con referente técnicos de información hospitalaria.	SDM - UGC - SDGCP - UGIS - D.INFORMATICA					X	X	X	X	X	X	X
				No existe un equipo multidisciplinario de análisis del proceso de hospitalización	Crear Comité de Eficiencia Hospitalaria.	SDM - DIRECCIÓN					X						
				Subregistro en ficha clínica de complejidad del paciente	Nombrar a referente médico por especialidad para GRD	SDM						X					
				Existe capacidad instalada de pabellones quirúrgicos con tiempos inactivos.	Instruir mínimo 5 diagnósticos en epicrisis médica.	SDM						X					
				Institución no cuenta con protocolo de visita médica a hospitalizado.	Capacitación continua a profesionales funcionarios de aspectos clínicos GRD.	SDM - GRD								X			
				Institución no cuenta con protocolo validado de solicitud de exámenes, de pacientes hospitalizados, a las unidades de apoyo clínico	Contar con Plan de Trabajo para centralizar la administración de los Pabellones Quirúrgicos, incluyendo pabellón de urgencia.	SDM								X			
					Contar protocolos de visita médica validado por Subdirección Médica y Servicios Clínicos.	SDM - SDGCP								X			
					Implementar visita de equipo médico (por especialidad) una vez por semana para abordaje de casos complejos y establecer plan para los pacientes.	SDM								X			
					Contar con protocolos de solicitud de exámenes validados por Subdirección Médica, Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo.	SDM - LABORATORIO - IMAGENOLOGIA									X		
				Ausencia de protocolos de manejo de patologías	Incorporar a Planificación Estratégica Indicadores de tiempos de respuesta de servicios de apoyo clínico.	U. CONTROL DE GESTIÓN								X			
					Modelar procesos de servicios de apoyo clínico. Identificar nodos críticos	SDM									X		
					Contar con plan de trabajo para Implementar receta electrónica, Interconsulta, y solicitud de exámenes con sistema workflow.	SDM - SDA								X			
					Implementar en HIS monitoreo de tareas pendientes de cada pacientes por servicio clínico que contenga nombre del paciente, servicio, fecha de ingreso y lo que tiene pendiente (examen, interconsulta)	SDM - SDA								X			
				Ausencia de protocolos de manejo de patologías	Contar con Plan de trabajo para protocolizar manejo de patologías.	SDM - SDGCP											X
				Existe brecha de horas de médicos especialistas en proceso de hospitalización.	Implementar plan de contingencia anual por ausencia de especialistas únicos	SDM									X		
				Falta de horas de médicos especialistas en cardiología.	Establecer incentivos para que médicos accedan a especialización en marcapaso, cirugía vascular, ecocardiograma, electrofisiología, etc.	SDM								X			
				Programación de la actividad clínico asistencial, de profesionales	Realizar reestructuración organizacional de la Unidad de Cardiología.	SDM									X		
				Ausencia de quirúrgicos por monitoreo y control de estancia hospitalaria en tiempo real.	Implementar visita de equipo cardiológico 2 veces por semana (lunes y jueves)	SDM									X		
					Contar con Plan de Trabajo para Implementar asignación de horas de control de alta de paciente, en el servicio que otorga el alta y en el momento del alta.	SDM - SDGCP									X		
					Desarrollar dashboard por servicio clínicos para seguimiento de estancias hospitalarias.	SDM - SDA											X

EFICIENCIA OPERACIONAL (7)

OE Nº10	Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 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	Índice de ausentismo laboral y porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención.	M1: Mantenimiento o reducción del índice de ausentismo 2023 respecto a LB	Resolución Exenta 1419 del 30 de Junio del 2023, que aprueba Plan Local de Ausentismo		SDGDP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			M2: >= 90% de cumplimiento de las acciones implementadas.															
OE Nº 10.2	Favorecer la adecuada y oportuna promoción de un trabajo seguro y saludable	Tasa de Sinistralidad	M <= 5%	Resolución Exenta 1575 del 18 de Julio del 2023, que aprueba Plan de Acción alud Ocupacional.		SDGCP - USO				X	X	X	X	X	X	X	X	X

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 4	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la atención	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 4.1	Cumplir con las garantías GES en las prestaciones otorgadas	% de Cump. GES en la Red	M = 100 %	Capacidad de mejorar sistemas de control.	Monitoreo semanal del estado de cumplimiento de las garantías GES vencidas y por vencer, liderada por Director.	SDM	ACTA REUNIONES								X	X	X	X	X
				Baja oferta de CME	Priorizar en programación y agendamiento de las horas disponibles en SOME, imagenología y endoscopia	SDM - CAE	DOCUMENTO SDM INSTRUYE							X					
				Baja oferta de pabellones quirúrgicos	Priorizar en programación de Tabla Quirúrgica las GO GES	SDM	INSTRUYE							X					
				Equipos de salud comprometidos con el proceso GES	Gestionar pabellón extra para resolución de casos GES	SDM	QUIRURGICO							X					
					Actualizar resolución Ges Jefe y supervisoras (es) de procesos. Actualizar descriptor de cargos	SDGDP - SDGCP	RESOLUCIÓN							X					
				No se cuenta con convenio 100% vigentes	Iniciar procesos de compras de servicios por casos GES, PAP, Biopsias, exámenes diagnósticos (oftalmológicos, imagenológicos), resolución IQ. Determinar compras de servicios GES como prioritarios. Contar con Plan de compras GES anuales.	SDM - SDA	Plan de Compras GES año 2023									X			
				Registros tardíos de información asociada a GES en la Red Asistencial	Seguimiento y gestión de cumplimientos de Garantías de Oportunidad Oncológicas y realización de documentación y registros oportunos.	SDM - DIRECCIÓN	ACTA DE REUNIONES							X	X	X	X	X	X
				Equipos con vida útil vencida, falta de mantenimiento oportuna	Compra de equipos clínicos y mantenimiento preventiva oportuna. Contar con proceso de renovación de equipo en conjunto con S.S.T.	SDM - SDA - U. PROYECTOS	PLAN DE MANTENCIÓN PREVENTIVA DE EQUIPOS Y CARTERA DE			X	X								
				Falta de organización y dependencia en el proceso de resolución de Listas de Esperas	Realizar cambios en el organigrama institucional para que SOME tenga dependencia de CAE y Contactabilidad tenga dependencia de SOME.	SDM - DIRECCIÓN	RESOLUCIÓN APROBATORIA CON CAMBIOS EN ORGANIGRAMA				X								
					Conformar equipo de monitoreo de LE CN integrado por Director, profesional funcionario SDM, Jefe CAE, Jefa CCGG, encargada LE CN, Jefe UGIS. Comité Listas de Espera Local.	SDM - DIRECCIÓN	RESOLUCIÓN ACTUALIZADA COMITÉ DE LISTAS DE ESPERA								X				
OE Nº 4.2	Disminuir la mediana de días de espera de CNE	Var. % de la mediana de días espera para CNE	M <= 0	Optimizar sistemas de monitoreo del proceso de resolución de listas de espera CN	Realizar reuniones mensuales	SDM - COMITÉ LISTAS DE ESPERA	ACTAS Y ASISTENCIA								X	X	X	X	X
					Mensualmente difundir material con resultados por especialidad a Jefes de Policlínicos.	SDM	MATERIAL DE DIFUSIÓN								X	X	X	X	X
				Falta de control a calidad de registros de listas de Espera CN	Conformar equipos técnico entre Jefe de Informática, Jefe DAIS, Encargada LE CNE, Jefe CAE, U. Control de Gestión. Realizar, las veces que sea necesario, reuniones para analizar registros y contar con egresos confiables y oportunos.	U. CC GG	ACTAS Y ASISTENCIA								X	X	X	X	X
				Ausencia de estrategia para aumentar horas médicas de especialista para resolver LE Consultas Nuevas	Definir entre Jefa de Control de Gestión y Jefe CAE propuesta para aumentar oferta de horas médicas para resolución de LE CN	SDM - JEFE CAE	PROPUESTA A SDM									X			

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº 4	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la atención	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE												
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 4.5	Aumentar la oferta de CNE	% de Cons. Nuevas de especialidad médica en atención secundaria	M>=10% aumento L.B. ó M=33% C.N.E.	Ausencia de priorización de la oferta de horas médicas de especialidades	Realizar oportunamente operativos de especialidades médicas con foco en especialidades con mayor LE CNE y antigüedad.	SDM - JEFE CAE	PLAN DE TRABAJO OPERATIVOS				X	X	X	X	X	X	X		X
				Falta definir estrategia para aumentar resolutiveidad en la atención ambulatoria	Establecer y sancionar administrativamente priorización de la oferta en el agendamiento de especialistas, entre ellos con mayor prioridad GES y Listas de Espera de CN, control Hospitalizados,etc	SDM - JEFE CAE	INSTRUCTIVO DE SDM A U. GESTION DE RED							X					
					Priorizar exámenes y procedimiento de imagenología y otros para confirmación diagnóstica, aumentando resolutiveidad.	SDM - JEFE CAE	INSTRUCTIVO DE SDM A U. GESTION DE RED							X					
				Ausencia de plan que permita atender la demanda en caso de problemas en la producción hospitalaria.	Contar con convenios anuales de rrhh y procedimientos para mantener continuidad de las prestaciones GES..	SDA - SDM - JEFE CAE	INSTRUCTIVO DE SDM A U. GESTION DE RED							X					
				Bajo rendimiento en contactabilidad	Realizar evaluaciones periódicas, en conjunto con administrador de contrato, al cumplimiento del rendimiento de contactabilidad establecido en contrato de servicios.	U. CC GG	PLAN DE TRABAJO DE MONITOREO RESULTADOS							X					
OE Nº 4.3	Disminuir los tiempos de espera para Intervención quirúrgica	Var. % de la mediana de días espera para IQ	M <= 0	Ausencia de seguimiento y monitoreo periódico de resolución LEQ. Intermittencia en SIGTE	Conformar equipo de monitoreo de LEQ integrado por Director, profesional funcionario SDM, Jefe CAE, Jefa CCGG, encargada LEQ, Jefe UGIS.	SDM	ACTAS Y ASISTENCIA							X					
					Identificar especialidades con mayor LEQ y solicitar planes de mejora.	SDM - REF. LISTA DE ESPERA	DOCUMENTO SOLITUD PLANES MEJORA							X					
				No priorización LEQ en tabla quirúrgica	Seguimiento a planes de mejora de especialidades con mayor LEQ	SDM - REF. LISTA DE ESPERA	INFORMES MENSUALES. ACTA Y ASISTENCIA.							X	X	X	X	X	X
				Bajo rendimiento en contactabilidad	Subdirección Médica debe priorizar LEQ en Tabla Quirúrgica y por criterio de antigüedad.	SDM - SDGCP	INFORME DE PRIORIDAD DE TABLA QUIRURGICA							X	X	X	X	X	X
				Ausencia de estrategia para aumentar horas médicas de especialista para resolver LE Consultas Nuevas	Realizar evaluaciones periódicas, en conjunto con administrador de contrato, al cumplimiento del rendimiento de contactabilidad establecido en contrato de servicios.	SDM - ADM. CONTRATO	INFORME ADM. CONTRATO A DIRECTOR							X	X	X	X	X	X
					Realizar oportunamente operativos quirúrgicos con foco en especialidades con mayor LEQ y antigüedad	SDM	INFORME DE OPERATIVOS QUIRURGICOS				X								

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la atención	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	Var. Prom. días espera para CNE Odontológica	M<= 0	Ausencia de seguimiento y monitoreo periódico de resolución LEO. Intermittencia en SIGTE	Conformar equipo de monitoreo de LEO integrado por Director, profesional funcionario SDM, Jefe CAE, Jefa CCGG, Jefe U. Odontología, Jefe UGIS.	SDM	ACTA Y ASISTENCIA									X	X	X	
					Realizar programación y repogramaciones de la actividad clínica odontológica. Dar cumplimiento a plazos.	JEFE CAE - JEFE U. ODONTOLOGÍA	PROGRAMACIÓN Y REPROGRAMACIONES DE LA ACTIVIDAD									X	X	X	
				Proceso Clínico Asistencial Ambulatorio no esta definido para poder sociabilizar.	Levantamiento del Proceso Operativo Clínico Asistencial Ambulatorio	SDM - JEFE CAE - SOME	PROCESO									X	X	X	
					Establecer y/o actualizar protocolos de la atención ambulatoria, específicamente de la Consulta Médica de Especialidad, por especialidad.	SDM - JEFE CAE	PROTOCOLOS DE ESPECIALIDADES									X	X	X	
OE Nº 4.6	Aumentar el porcentaje de altas de usuarios/os en especialidades médicas.	% de Altas Médicas de consulta de especialidad en atención secundaria	M >= 10 ptos.	Debilidades en los sistemas de registros de la actividad clínica	Mejorar sistemas de información, permitiendo así la integración de los registros clínicos de los pacientes de la red asistencial.	SDA - DEPTO. INFORMÁTICA	INFORMES MEJORAS DE SDA A SDM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Migrar a YANI 100% el registro de la actividad de la atención por médico de especialidad ambulatorio.	SDA - JEFE CAE - DEPTO INFORMÁTICA	INSTRUCTIVOS DE USO YANI				X	X	X						
				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			X									
					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	
					Asignar tareas de referente ECICEP a funcionarios (as) de la institución.	SDGCP	RESOLUCIÓN NOMBRAMIENTO						X						
OE Nº 4.7	Fortalecer la Atención Promiaria en su rol articulador de la red asistencial y preventivo promocional	% de personal con enfermedades crónicas alto riesgo (G3) que reciben atención en el nivel secundario y terciario.	M >= 10 ptos. Sobre LB	Falta de referente	Colaborar en la definición de protocolo de red para la derivación de pacientes (G3), confeccionar agenda y mantener registro de las atenciones por profesionales.	SDGCP - CAE	PROCTOLO ACTUALIZADO, REPORTES DE LA ATENCIÓN POR PROFESIONALES							X	X	X	X	X	

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)																			
OE Nº 5	Potenciar la Participación Comunitaria	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.	% estrat. Implem. según acordado con Cons.Consult. de Us.	M = 100%	Consejo Consultivo del HDETG manifiesta requerimiento que solicitan sean resueltos.	Resolución Exenta Nº 994, de fecha 20.04.2023, que aprueba el Plan de Participación Ciudadana	DIRECCIÓN - U. ATENCIÓN AL USUARIO	RESOLUCIÓN CON PLAN DE ACTIVIDADES					X	X	X	X	X	X	X	X

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (5)

OE Nº8	Fortal. y Opt. los Modelos y Proc. Gestión Cl. Críticos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	VERIFICABLE												
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 8.6	Aumentar la notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en las UEH y UPC	% de notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles / potenciales donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCIs, UTIs Ad. y Ped.	M>=90%	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 recepciónada 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
					Rescate en YANI dato de fallecido por causa neurológica entre 6 meses a 78 años en UEH, UCI y UTI.	SDM - U. PROCURAMIENTO	Reporte YANI revisado por CLP y Referente SSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Envío trimestral de Certificado de validación de notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes a Coordinadora Nacional.	SDM - U. PROCURAMIENTO		X			X			X					
					Envío trimestral de Certificado de validación de descarte/contraindicación relacionado con mantención/soporte de posibles/potencial les donantes	SDM - U. PROCURAMIENTO	Correo electrónico que adjunte Informe enviado por Unidad de Procuramiento	X			X			X			X		
					Envío trimestral de Informe cualitativo de descartes de posibles donantes	SDM - U. PROCURAMIENTO		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 SSI	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			
				Falta de actualización de Protocolo de notificación	Entrega de protocolo de notificación a médicos nuevos	SDM - U. PROCURAMIENTO	Contacto a celular de U. de Procuramiento y calendarización de pesquisa de la CLP	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
				Capacidad de fortalecer la coordinación con unidades de críticas.	Realizar capacitación por parte de Unidad de Procuramiento a unidades generadoras HETG, HAH, Centros Privados y otros	SDM - U. PROCURAMIENTO	Lista de participantes								X				
				Capacitación en comunicación muerte humanizada y Abordaje Familiar en proceso de donación a equipos de salud (UPC – LEH)															
				Falta continuidad de exámenes de apoyo	Contar con prestación e informe de EEG	SDM - U. PROCURAMIENTO - SDA	Ordinario del Director Hospital con los nombres de los profesionales encargados de la prestación e Informe EEG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Falta de sensibilización en Donación Órganos	Apoyar actividad de difusión del Día Nacional de Donación de órganos y tejidos, organizada por el S.S.T.	SDM - U. PROCURAMIENTO	Fotografías y/o registro de la actividad									X			
					Gestionar con U. Desarrollo Organizacional incorporar temática de donación al proceso de inducción funcionarios.	SDM - U. PROCURAMIENTO	Actas reuniones con U. Desarrollo Organizacional									X			
					En unidades generadoras incorporar charlas al iniciar cada turno	SDM - UPCA - UCP	Entrega de turno con check de charlas										X	X	X
					Incorporar a página web hospital banner de procuramiento	SDM - U PROCURA - SDA - DEPTO.	IMAGEN PAGINA WEB CON BANNER									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 Jhonson	SDM - U. PROCURAMIENTO	PLAN DE DIFUSIÓN									X			

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

OE Nº 6	Proporcionar Atención Oportuna, segura y digna	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 6.2	Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna	% 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).	Solicitud de adquisición de software informático para la gestión de inventario.	SDM - U. FARMACIA - SDA - DEPTO. INFORMÁTICA									X	X	X	X
OE Nº 6.3	Cumplir con las medidas de acompañamiento a usuarios/as en las áreas de hospitalización	% cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la LEY	M >=80%	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									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 enfermedades no transmisibles.	% Egresos Con Lactancia Materna	M >=93%	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										X	X	X
OE Nº 6.3	Cumplir con las medidas de acompañamiento a usuarios/as en las áreas de hospitalización	% cumplimiento de las estrategias de acompañamiento para la satisfacción usuaria, relacionadas con la LEY	M >=80%	Ausencia de Planes de Trabajo	Contar con Plan de Trabajo Hospital Amigo 2023 que asegure la implementación de todas las medidas de Hospital Amigo.	Referente Hospital Amigo								X				
					Implementación Plan de Trabajo Hospital Amigo 2023	Referente Hospital Amigo								X	X	X	X	X
					Informe cumplimiento Plan de Trabajo Hospital Amigo 2023	Referente Hospital Amigo												X
					Contar con Plan de Trabajo que asegure el cumplimiento de lo establecido en Ley MILA	Referente Hospital Amigo								X				
					Implementación Plan de Trabajo Ley MILA 2023	Referente Hospital Amigo								X	X	X	X	X
					Informe cumplimiento Plan de Trabajo Ley MILA 2023	Referente Hospital Amigo												X
					Contar con Plan de Trabajo que asegure el cumplimiento de lo establecido en Aula Hospitalaria	Referente Hospital Amigo								X				
					Implementación Plan de Trabajo Aula Hospitalaria 2023	Referente Hospital Amigo								X	X	X	X	X
					Informe cumplimiento Plan de Trabajo Aula Hospitalaria 2023	Referente Hospital Amigo												X
					Reuniones bimensuales del Comité de Lactancia Materna	SDM - Coordinadora Matronería												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 enfermedades no transmisibles.	% Egresos Con Lactancia Materna	M >=93%	Existe capacidad para fortalecer la lactancia materna.	Capacitar a profesionales funcionarios y profesionales no médicos en Lactancia Materna	SDM - Coordinadora Matronería											X	
					Actividad de fomento de la Lactancia Materna, incluye charlas por radio emisoras	SDM - Coordinadora Matronería												

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

OE Nº 9	Mejorar la Calidad de Información Estadística	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 9.1	Mejorar la consistencia de los registros estadísticos oficiales	Porcentaje Consistencia de Registros Estadísticos Mensuales	100 % CONSISTENCIA EN REGISTROS ESTADÍSTICOS	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Desarrollar dashboard de producción del proceso ambulatorio y de Urgencia Adulto Infantil	UGIS				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Entregar a las unidades de producción, con apoyo de Dirección, plazos mensuales para la entrega de información.	UGIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Realizar plan de trabajo que aborde el desarrollo de soluciones de automatización de la información. Unidad Gestión de la Información - Depto. Informática	UGIS - DEPTO. INFORMÁTICA												X
OE Nº 9	Fortalecer Procesos de Mejora Continua y	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 9.1	Contar con programas de calidad y seguridad de la atención que incluya proceso de re acreditación.	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												X
OE Nº 9.2	Suscribir e implementar compromisos con áreas administrativas auditadas	% Comp. Suscritos e Imp. Prod. de una Auditoría	M 1 y M 2 = 90,0%	Ausencia de Planes de Mejora	Nombrar funcionarios que apoye gestión de Planes de Mejora e Implementación.	DIRECTOR								X				
					Reforzar indicación Directiva de responsabilidad de Subdirectores.	DIRECTOR								X				
					Comunicar a Subdirectores aplicación del EA respecto de incumplimientos de plazos	DIRECTOR								X				
					Incorporar en perfil de Subdirectores, la responsabilidad de cumplimiento en elaboración de planes de mejoras y su implementación.	DIRECTOR								X				
					Utilizar sistema informático de CGR para realizar monitoreo de planes de acción	U. AUDITORÍA									X	X	X	X
					Realizar reuniones periódicas con jefes de áreas auditadas	U. AUDITORÍA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Resolución Exenta 2502 del 21.12.2022 Aprueba Plan de Trabajo Auditoría 2023	U. AUDITORÍA					X							

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (5)

OE Nº 15	Fortalecer Sistemas de Información y registros de la Actividad Clínica	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 15.1	Contar con Sistemas de Información para la Actividad Hospitalaria.	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. CONTROL DE GESTIÓN							X					
				Ausencia de insumos básicos como Procesos Misionales actualizados														
				Existe interrupción en el acceso a YANI, por cortes de luz	Estudio para analizar posibles soluciones de "Soporte Informático" en horas inhábiles.	SDA							X					
				Varios cambios de dependencia administrativa del Depto. de Informática	Determinar estratégicamente la dependencia administrativa permanente del Depto. de Informática.	DIRECCIÓN								X				
				Falta de computadores	Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.	SDA- DEPTO. INFORMÁTICA												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.	SDA- DEPTO. INFORMÁTICA								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.	SDA- DEPTO. INFORMÁTICA	X	X	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 Kinesioterapia, Rehabilitación, Hospital de Día.	SDA- DEPTO. INFORMÁTICA- UGIS												X
				Falta de integración de los sistemas de información.	Depto. informática debe mantener la integración entre los sistemas de información.	SDA- INFORMÁTICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 18	Disminuir los Costos de la No Calidad	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	DIRECCIÓN - U. PCI								X				
OE Nº 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por MINSAL	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												
OE Nº 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por MINSAL	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.	Contar con cursos IAAS 27 y 80 hrs. on line en sitio web de hospital.	DIRECCIÓN - U. PCI												
OE Nº 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por MINSAL	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.	Reclutamiento y Selección debe exigir requisito de curso IAAS para ingresar a institución. Actualizar protocolo.	DIRECCIÓN - U. PCI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº 18.1	Fortalecer el programa de prevención y control de IAAS del establecimiento que incluya aspectos esenciales y priorizados por MINSAL	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.	Realizar monitoreo al cumplimiento de las medidas. Informar a Directivos de la Institución.	U. PCI												

2.- CÚMPLASE por parte de las distintas Subdirecciones, Departamentos, Unidades y Oficinas las actividades detalladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2023".

3.- PUBLÍQUESE el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2023" 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_2023.xls

4.- DEFÍNASE como metodología para el seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2023" 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.



SERGIO GONZALEZ MENDEZ
DIRECTOR
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"

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