



SERVICIO SALUD TARAPACÁ
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES G.
ACS/PAIC/KMD/JQB/JVD/FAV/fav

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2440

IQUIQUE, 27 NOV 2024

VISTOS: Lo establecido en el Artículo N°36 letra c) del D.F.L. N° 01/2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763/1979 y las Leyes N° 18.933 y N°18.469; lo dispuesto en el artículo 46 letra c) del Decreto N°140/04, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, Gestión y Participación Ciudadana; el Decreto N°38/2005, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en red; la Resolución N° 4870 del 13 de Noviembre del 2024 de la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1.- Que, la Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y Gestión, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los Hospitales más complejos del país, mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades al director, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

2.- Que, el Decreto Supremo N° 38 aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red y, en él se establecen los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red, entre ellos el artículo 16, letra c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio.

3.- Que, la Planificación Estratégica es una brújula orientada hacia el futuro de nuestro hospital, que sirve para comunicar a nuestros funcionarios, usuarios, proveedores y autoridades la Misión, Visión y Valores institucionales, además es una herramienta de gestión hospitalaria que orientará los recursos para alcanzar los objetivos estratégicos definidos por la institución.

4.- Que, para hacer operativa esta planificación se hace necesario definir en el instrumento, políticas y planes institucionales que ayudarán al sistema hospitalario a alinearse con los objetivos estratégicos.

R E S U E L V O :

1) **APRUEBASE**, el Plan Estratégico Periodo 2024 – 2028, del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Establecimiento Autogestionado en Red.

2) **PUBLIQUESE,** el documento planificacionestrategicaHDETG_2024_2028 en el sitio web de la institución www.hospitaliquique.cl y pase el mismo a formar parte del presente documento.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



**DR. ALDO CAÑETE SOTO
DIRECTOR(S)
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES G." IQQ.**

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



**BERNARDITA JORQUERA GARCIA
MINISTRO DE FE**

DISTRIBUCION:

- Dirección HETG
- Subdirección Médica
- Subdirección Gestión y Cuidado del Pcte.
- Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas
- Subdirección Administrativa
- Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria.
- Oficina de Partes



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES

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

*PERIODO 2024 -
2028*

Contenido

1.-Palabras del Director.....	2
2.-Elementos Declarativos	3
3.- Valores Institucionales	4
4.-Objetivos Estratégicos.....	5
4.1.- Mapa de Objetivos Estratégicos	6
4.2.- Fichas Técnicas de Indicadores.....	6
5.-Cuadro de Iniciativas Objetivos	49
6.-Estructura Organizacional.....	50
6.1.- Autoridad y Jerarquía	50
6.2.- Líneas de Comunicación.....	51
6.3.- Canales de Comunicación Interna.....	51
6.4.- Organigrama.....	51
6.3.1.- Organigrama Dirección	52
6.3.2.- Organigrama Sub Dirección Médica.....	53
6.3.3.- Organigrama Subdirección Gestión y Cuidado del Paciente.....	54
6.3.4.- Organigrama Subdirección Administrativa	54
6.3.5.- Organigrama Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas.	55
7.- Políticas, Planes, Procedimientos Corporativos	56
7.1.- Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas	56
1.1.- Gestión del Desempeño.....	56
1.2 Gestión del Desarrollo	57
1.3 Gestión del Cambio Organizacional.....	59
7.2.- Políticas de Gestión Financiera Contable y Presupuesto.	61
7.3.- Plan de Inversiones.	63
7.4.- Políticas de Satisfacción Usuaria.....	64
7.5.- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.	64
7.6.- Procedimiento de recaudación de ingresos propios y otros ingresos.	64
7.7- Plan de Actividades de Auditoría Interna.	65
8.- Sistemas de Planificación.	65
9.- Sistemas de Control de Gestión.....	66
9.1 Control Interno.....	67
9.1.1 Control Interno - Código de Ética y Conducta.	68
9.1.2 Control Interno – Matriz de Riesgos	69
9.1.3 Control Interno – Ciberseguridad.....	70
10.- Colaboradores	71

1.-Palabras del Director

Estimada Comunidad Hospitalaria:

*Es momento de dejar atrás las innumerables pérdidas que dejó la pandemia, y no sólo me refiero a las humanas, sino también las psicológicas, las variaciones en nuestro diario vivir, nuestro distanciamiento, las formas de tratar a los pacientes y sus familias, y tratar de volver a la normalidad. Y entiendo esta normalidad como la forma de trabajar en equipos, donde el buen trato, la persecución de metas personales e institucionales en conjunto, con una comunicación franca y fluida, en que los problemas se resuelvan con el apoyo adecuado y la justicia prime sin necesidad de tanto sumario, sin perder de vista nuestro principal objetivo de ser: **el paciente ... nuestros pacientes.***

Tenemos muchas posibilidades para recuperar nuestra normalidad, pero hay que trabajar arduamente, ser imaginativos también para proponer nuevas ideas e iniciativas que vayan en favor de todos, pero siempre ceñidos a las normas básicas de comportamiento y legales.

Nuestro sistema de salud regional ha crecido, y ahora tenemos un espectacular hospital a 12 kilómetros; pero los hospitales no son los únicos que pretenden dar salud, también tenemos consultorios, clínicas privadas, postas, y entre todos, trabajando en red, con respeto y tolerancia, con amor al prójimo, sin duda los logros para con nuestros compatriotas se irán multiplicando.

Nuestro hospital necesita oxígeno, recursos, oportunidades de mejora, muchas cosas Pero estoy convencido que con el capital humano que tenemos iremos logrando los objetivos que son necesarios para sentirnos dignos funcionarios de la salud pública de nuestra región.



*Dr. Aldo Cañete Soto
Director (S)
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames*

2.-Elementos Declarativos

Misión

“Somos el mayor centro hospitalario asistencial de alta complejidad, docente asistencial, comprometido con los habitantes de la región de Tarapacá a entregar siempre lo mejor”



Visión

“Ser reconocidos como el mejor centro hospitalario de la macro zona norte del país.”



3.- Valores Institucionales

- 1) **RESPECTO** *Comprendemos y aceptamos la condición inherente de todas las personas como sujetos de derecho con diferencias y deberes.*
- 2) **TOLERANCIA** *Actuamos de forma pacífica frente a opiniones, ideas o actitudes de las personas, aunque no coincidan con las nuestras.*
- 3) **COLABORACIÓN** *Trabajamos de manera conjunta, coordinada y cooperativa para alcanzar nuestras metas en común*
- 4) **PROBIDAD** *Actuamos con honradez, integridad y rectitud en nuestro quehacer. Entendemos que los intereses colectivos deben prevalecer al interés particular*
- 5) **EQUIDAD** *Damos a cada quien lo que le corresponde de conformidad con los derechos que le asisten.*
- 6) **EXCELENCIA** *Cumplimos nuestra misión con eficiencia y eficacia, mejorando continuamente nuestro quehacer habitual considerando las mejores prácticas, desarrollando nuestro talento, el trabajo en equipo y fomentando la innovación.*
- 7) **COMPROMISO** *Tenemos la actitud, persistencia, disciplina para cumplir, desde cualquier punto de nuestra institución con el compromiso de entregar servicios de calidad, seguros y oportunos.*
- 8) **RESPONSABILIDAD** *El manejo eficiente de los recursos en la realización de nuestras actividades las realizamos de modo que se cumplan con excelencia y calidad, guardando nuestras decisiones de autogestión, totalmente en relación con los recursos*
- 9) **LEALTAD** *Guardamos confidencialidad respecto a la información de nuestra institución. Velamos por su buen nombre, dentro y fuera de ella, hacemos observaciones y sugerencias que permitan elevar la calidad de la salud que impartimos.*
- 10) **INCLUSIÓN** *Reconocemos a los grupos sociales y el involucramiento de sus posturas, así como el respeto a la diversidad.*
- 11) **EMPATÍA** *Comprendemos los sentimientos y emociones de nuestros pacientes, sus familiares, funcionarios y colaboradores, con el fin de entregar la ayuda necesaria en el momento que puedan ser requeridos.*
- 12) **VOCACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO** *Actuamos de manera ética y responsable, guiado por los valores y principios de probidad y transparencia.*

4.-Objetivos Estratégicos

El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, define sus objetivos estratégicos para el periodo 2024 - 2028, los que se encuentran alineados con los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud.

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

La alineación de los esfuerzos y recursos hospitalarios para alcanzar los Objetivos Estratégicos definidos para el periodo 2024 - 2028, deberán plasmarse en una nueva estructura organizacional, en políticas, planes, programas, proyectos y acciones institucionales.

El Mapa Estratégico institucional, es un instrumento de evaluación, adecuada a una organización pública, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución. El Mapa Estratégico incluye para el periodo 2024 - 2028, 11 objetivos estratégicos que el Ministerio de Salud establece para los hospitales autogestionados en red y 6 objetivos estratégicos institucionales, siendo estos últimos:

- 1.- FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD EN LA POBLACIÓN USUARIA.**
- 2.- FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD, MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DEL ROL DOCENTE ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**
- 3.- MEJORAR LA CALIDAD DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.**
- 4.-AUMENTAR LA CONFIANZA DE LA SOCIEDAD EN LA INSTITUCIÓN.**
- 5.- FORTALECER LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA.**
- 6.- FORTALECER EL CONTROL INTERNO EN LA INSTITUCIÓN.**

4.1.- Mapa de Objetivos Estratégicos

MAPA DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES GALDAMES 2024 - 2028								
DIRECTOR DR. ALDO CAÑETE SOTO								
A. SUSTENTABILIDAD FINANCIERA		B. EFICIENCIA OPERACIONAL		C. GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED		D. CALIDAD DE LA ATENCIÓN		
4. USUARIOS	OBJ. N°1	Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios.	OBJ. N°3	Proporcionar Atención Oportuna, Segura y digna.	OBJ. N° 4	Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención	OBJ. N° 6	Proporcionar atención oportuna, segura y digna
	OBJ. N°2	Fortalecer la Oportunidad y Satisfacción de la Dda. de la atención			OBJ. N° 5	Potenciar la participación Comunitaria.		
3. PROCESOS INTERNOS	OBJ. N°7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.	OBJ. N°8	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de Gestión Clínica Críticos		OBJ. N° 9	Mejorar la calidad de información estadística.	
						OBJ. N° 10	Fortalecer procesos de mejora continua y calidad.	
2. APREND. Y DESARROLLO			OBJ. N°11	Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal.	OBJ. N°13	Aumentar la confianza de la sociedad en la institución.	OBJ. N°14	Fortalecer Sistemas de Información y registros de la Actividad Clínica
			OBJ. N°12	Fortalecer la Institucionalidad, mediante el Rol Docente Asistencial y de Investigación en Salud.				
1. FINANCIERA	OBJ. N°15	Controlar de Manera Eficiente Los Recursos Financieros.					OBJ. N° 16	Disminuir los Costos de la No Calidad
							OBJ. N° 17	Fortalecer el Control Interno

4.2.- Fichas Técnicas de Indicadores

Obj. N°1 Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.

META

$\geq 95\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Mantener activo Comité de Programación con reuniones periódicas.
- Realizar monitoreo por especialidad médica, odontológica y no médica.
- Realizar análisis de causales de incumplimientos y levantar planes de mejora por especialidades.
- Realizar de manera oportuna programación y reprogramaciones, de acuerdo a fechas y lineamientos ministeriales.
- Para el registro de la producción de Atención Abierta se debe utilizar sistema local YANI.

Iniciativas

- 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.
- Actividades mínimas del Comité de Programación; reuniones trimestrales; realizar diagnósticos; caracterizar la demanda; programar la oferta y gestionar brechas; confeccionar plan de trabajo anual; contar con carta Gantt y seguimiento de actividades.
- Abordar las actividades por especialidades médicas.

Referentes hospitalarios

Dr. Boris Alborhn

EU. Vannia Reyes

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°2 Fortalecer la oportunidad y satisfacción de la demanda de la atención.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en el establecimiento.

INDICADOR

Porcentaje de altas odontológicas de especialidades por ingreso de tratamiento.

META

$\geq 95\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Mantener activo Comité de Programación con reuniones periódicas.
- Realizar monitoreo por especialidad odontológica.
- Realizar análisis de causales de incumplimientos y levantar planes de mejora por especialidades.
- Para el registro de la producción de Atención Abierta se debe utilizar sistema local YANI.

Iniciativas

- Realizar monitoreo mensual de las altas de tratamiento identificando nodos críticos asociados a la continuidad de la atención, que pueden relacionarse con los procesos clínicos y administrativos, con el recurso físico y humano disponible, con equipos, equipamiento e infraestructura.
- Sociabilizar con los profesionales odontólogos del CR. Odontológico, los indicadores de producción basados en las estadísticas por especialidad.

Referente hospitalario

Dr. Fernando García

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°3 Proporcionar Atención Oportuna, Segura y Digna.

PROCESO

Atención Urgencia

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizados C2 en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil

INDICADOR

Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en la Unidades de Emergencia Adulto Infantil

META

$\geq 95\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Implementar, habilitar y poner en marcha YANI urgencia.
- Actualizar protocolos de acción clínica.
- Sensibilización y capacitación de funcionarios médicos y de enfermería.
- Implementar flujo diferencial con pacientes C2/ESI2
- Implementar sectorización de pacientes C2/ESI2

Iniciativas

- Priorizar y mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes C2 que consultan en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.
- Mejorar la gestión clínica de urgencia, estableciendo flujos de atención de urgencia para disminuir los tiempos de espera.

Referentes hospitalarios

Dr. Guillermo Mora.

EU. Ruth Ríos

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°3 Proporcionar Atención Oportuna, Segura y Digna.

PROCESO

Atención Urgencia

OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.

INDICADOR

Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil

META

$\geq 90\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Implementar, habilitar y poner en marcha YANI urgencia.
- Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de pacientes en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.
- Implementar dispositivos de información de tiempos de espera en la red de urgencia de la región de Tarapacá.
- Sensibilización y capacitación de funcionarios médicos y de enfermería.
- Acompañamiento de jefatura y R1 (médicos a cargo del turno) evaluando a los pacientes.
- Participación activa en reuniones de Unidad de Gestión de Camas para velar por el flujo de pacientes.

Iniciativas

- Mejorar la oportunidad de atención de urgencia, a los pacientes que consultan en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.
- Mejorar la gestión clínica administrativa del proceso de urgencia.
- Mejorar la seguridad, calidad de atención y satisfacción usuaria durante el proceso de Unidad de Emergencia Adulto Infantil
- Mejorar la coordinación con los servicios de apoyo.

Referentes hospitalarios

Dr. Guillermo Mora.

EU. Ruth Ríos

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°3 Proporcionar Atención Oportuna, Segura y Digna.

PROCESO

Quirúrgico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir las suspensiones quirúrgicas mayores electivas.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas.

META

$\leq 3,2\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas considerando las causales de suspensión atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales.

$\leq 2,7\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa.

$\leq 0,6\%$ de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal de apoyo logístico.

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Implementar, habilitar y poner en marcha YANI urgencia.
- Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de 1pacientes en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.

Iniciativas

- Fortalecer el proceso prequirúrgico, según "Orientación Técnica para fortalecer el proceso quirúrgico" difundida por el Ministerio de Salud durante el año 2023.
- Protocolizar la preparación prequirúrgica para aquellos pacientes hospitalizados con el objetivo que no se suspendan las cirugías por falta de ayuno, de exámenes, pases, etc.
- Realizar protocolos de exámenes preoperatorios por especialidad.
- Entregar instrucciones preoperatorias por escrito al paciente y asegurarse de su comprensión.

Referentes hospitalarios

Dra. Lía Muñoz.

EU. Priscilla Santos

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°3 Proporcionar Atención Oportuna, Segura y Digna.

PROCESO

Hospitalización

OBJETIVO ESPECÍFICO

Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía Unidad de Emergencia Hospitalaria.

INDICADOR

Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde Unidad de Emergencia Adulto Infantil, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas

METAS

$\geq 85,0\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM B17)

ACTIVIDADES

- Implementación y puesta en marcha Yani Urgencia
- Actualizar protocolos atención de urgencia.
- Unidad de Gestión de Camas reforzar supervisión de registro oportuno de los tiempos del proceso de hospitalización en los servicios clínicos.
- Posicionar Unidad de Gestión de Camas como validador de indicación de hospitalización.
- Visita clínica diaria por funcionarios de Unidad de Emergencia Adulto Infantil
- Reunión diaria de gestión de camas
- Reunión mensual de dotación de camas
- Evaluación mensual casos excepcionales que esperan más de 12 horas.

Iniciativas

- Registro fidedigno en Unidad de Emergencia Adulto Infantil y servicios clínicos, de los datos necesarios para medir el indicador.
- Protocolos de atención de urgencia y hospitalización.
- Plan anual con elaboración de estrategias del establecimiento, para la disminución de pacientes en espera de camas, con seguimiento, registro y evaluación de las intervenciones.

Referentes hospitalarios

Dr. Carlos Rodríguez Azcurra

EU. Manuel Ahumada

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la Demanda Asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

INDICADORES

Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de usuarios (as) que “no se presentan” (NSP) a la consulta médica de especialidad en el establecimiento.

Porcentaje de especialidades médicas que cumplen su meta de alta en el establecimiento.

METAS

>= 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta de No Se Presentan <= 13%.

>=70,0% de las especialidades médicas que cumplen su meta de alta en el establecimiento.

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Implementar, habilitar y poner en marcha YANI urgencia.
- Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de 1pacientes en la Unidad de Emergencia Adulto Infantil.

Iniciativas

- Estandarizar protocolos y planes terapéuticos en la atención de especialidades médicas ambulatorias.
 - Fortalecer la coordinación entre el área clínica y el área administrativa del establecimiento ambulatorio de especialidades.
 - 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.
- Desarrollar y actualizar protocolos de contactabilidad y gestión de citas en el establecimiento.

Referentes hospitalarios

Dr. Boris Alborhn
Dra. Aurora Campos
EU. Vannia Reyes
Kn. Daysi Zamora

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la Demanda Asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar el porcentaje de altas de usuarios en especialidades médicas.

INDICADORES

Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de alta en los establecimientos ambulatorios de especialidad.

METAS

>= 70,0% de las especialidades médicas cumplen meta.

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM)

ACTIVIDADES

- Levantamiento del proceso operativo clínico asistencial ambulatorio.
- Establecer y/o actualizar protocolos de la atención ambulatoria, específicamente de la consulta médica de especialidad.
- Mejorar sistemas de información, permitiendo así la integración de los registros clínicos de los pacientes de la red asistencial.
- Desarrollar reportes informáticos para el control oportuno de la calidad del registro de la actividad de la atención por especialidad médica.

Iniciativas

- Estandarizar protocolos y planes terapéuticos en la atención de especialidades médicas ambulatorias.
- 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.

Referentes hospitalarios

Dr. Boris Alborhn
Dra. Aurora Campos
EU. Vannia Reyes
Klga. Daysi Zamora

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar la oferta de consulta nueva de especialidad.

INDICADOR

Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en atención abierta.

META

$\geq 70,0\%$ de las especialidades médicas cumplan su meta asignada.

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM B17)

ACTIVIDADES

- Unidad de Gestión en Red asegurar el agendamiento de consultas nuevas.
- Programación de la actividad clínica debe asegurar el 30% de consultas nuevas
- Realizar reuniones de análisis de resultados (datos oficiales) por especialidades médicas, comenzar con especialidades con producción cercanas a su meta asignada.
- Levantar planes de mejora por especialidad médica con meta incumplida.
- Fortalecer al Comité de Programación de la actividad clínica.

Iniciativas

- Asegurar disponibilidad de oferta para el acceso a la consulta nueva de especialidad médica.
- Contribuir a la gestión de la gran demanda existente para acceder a la atención de especialidad dado por abultadas listas de espera.
- Desarrollar e implementar estrategias focalizadas por especialidades, principalmente en aquella que presentan menor cumplimiento de la meta.

Referentes hospitalarios

Dr. Boris Alborhn

Dra. Aurora Campos

EU. Vannia Reyes

Klga. Daysi Zamora

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir la mediana de días de espera de Consulta Nueva de especialidad odontológica, en relación con la mejor mediana del año 2023.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de especialidad odontológicas.

META

Disminuir en 35 días la mediana de Lista de Espera Odontológica Diciembre del año 2023 (235 días)

FUENTE DEL DATO

Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)

ACTIVIDADES

- Realizar reuniones mensuales de monitoreo, conformar equipos.

Iniciativas

- Identificar las brechas causales de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad odontológica.
- Monitoreo y gestión lista de espera.
- Optimizar el proceso ambulatorio, la programación de especialistas odontológicos, gestión de agenda, contactabilidad y ocupación de las unidades dentales.

Referentes hospitalarios

Dr. Fernando García
Dra. Claudia Rojas
EU. Priscilla Cáceres

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

Iniciativas

- Identificar las brechas causales de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas.
- Monitoreo y gestión de lista de espera quirúrgica.
- Optimizar el proceso quirúrgico, el proceso prequirúrgico y la programación de la tabla quirúrgica.

Referentes hospitalarios

Dr. Pedro Iriondo
Dra. Aurora Campos
EU. Karla Díaz

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

PROCESO

Quirúrgico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir la mediana de días de espera de intervenciones quirúrgicas, en relación con la mejor mediana del año 2023.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para intervenciones quirúrgicas.

META

Disminuir en 102 días la mediana de lista de espera quirúrgica al mes de diciembre del año 2023 (341 días)

FUENTE DEL DATO

Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)

ACTIVIDADES

- Crear la Unidad de Listas de Esperas, liderada por médico gestor y que incluya Unidad Prequirúrgico.
- Conformar Comité de Lista de Espera Quirúrgica.
- Impulsar la resolución de lista de espera quirúrgica por medio de la gestión clínica por especialidad médica.
- Subdirección Médica debe priorizar la resolución de lista de espera quirúrgica en la programación de pabellones al menos en un 30% de toda la actividad.
- Subdirección Médica debe priorizar la resolución de lista de espera quirúrgica por criterio de antigüedad.
- Realizar seguimiento oportuno a la calidad de la información en SIGTE.

Obj. N°4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

PROCESO

Atención Abierta.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir la mediana de días de espera de consulta nueva de especialidad médica, en relación con la mejor mediana del año 2023.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad.

META

Disminuir en 90 días la mediana al 31 de diciembre del año 2023 (300 días)

FUENTE DEL DATO

Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)

ACTIVIDADES

- Crear la Unidad de Listas de Esperas, liderada por médico gestor.
- Impulsar la resolución de lista de espera de Consulta Nueva por medio de la gestión clínica por especialidad médica.
- Subdirección Médica debe priorizar la resolución de lista de espera de Consulta Nueva por criterio de antigüedad.
- Realizar seguimiento oportuno a la calidad de la información en SIGTE.
- Realizar el levantamiento del Proceso de Lista de Espera Consulta Nueva.
- Integrarse a las estrategias regional de resolución de listas de esperas.

Iniciativas

- Identificar las brechas causales de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad médica.
- Monitoreo y gestión lista de espera.
- Optimizar el proceso ambulatorio, tales como la programación de especialistas médicos y gestión de agenda y contactabilidad.

Referentes hospitalarios

Dra. Aurora Campos.

Dr. Boris Alborhn

EU. Nuria Vásquez

Klga. Daysi Zamora

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°4 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

Iniciativas

- Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías.
- Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad.
- Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad.

Referentes hospitalarios

Dra. Aurora Campos.
EU. Rosa Lizardi

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

PROCESO

Atención Abierta - Cerrada

OBJETIVO ESPECÍFICO

Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud.

META

100 %.

FUENTE DEL DATO

SIGGES – FONASA, Base de datos disponible por Unidad de Gestión de la Información /DIGERA.

ACTIVIDADES

- Conformar equipos de trabajo integrando a Jefes de Servicios según problema a tratar.
- Priorizar y disponer de horas de consultas especialidades, procedimientos, exámenes, intervenciones quirúrgicas para resolución de Garantías de Oportunidad GES.
- Seguimiento y gestión de Garantías de Oportunidad GES por las jefaturas y profesionales de los policlínicos y servicios de hospitalizados.
- Planificar y realizar convenios de compra preventiva anual para contar con solución oportuna en caso de falencias en los servicios de la institución.

Obj. N°5 Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.

Iniciativas

- 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 Usuaria.
- 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.

Referentes hospitalarios

Prof. Carolina Collao
Prof. Karina Díaz
Prof. Pilar García

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

PROCESO

Atención Abierta - Cerrada

OBJETIVO ESPECÍFICO

Implementar estrategias generadas en el marco del Plan de Participación Social y Satisfacción Usuaria.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de las estrategias / acciones contenidas en el plan de participación social.

META

100,0 % de los requisitos cumplidos.

FUENTE DEL DATO

Resolución nombramiento encargado de participación social, Plan Anual de Participación Social, otros documentos de respaldo administrativos.

ACTIVIDADES

- Elaborar Plan de Participación Social de manera conjunta con el Consejo Consultivo local.
- Dar cumplimiento a las actividades contenidas en el Plan de Participación Social.

Obj. N°6 Proporcionar Atención Oportuna Segura y Digna.

PROCESO

Atención Abierta y Cerrada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna.

INDICADOR

Porcentaje de despacho de receta total y oportuno.

META

$\geq 99,5\%$

FUENTE DEL DATO

REM A 04 sección J

ACTIVIDADES

- Contar con plan de desarrollo o adquisición de software para la gestión del inventario.
- Educación al equipo de farmacia ambulatoria sobre la importancia del despacho de receta total y oportuno.
- Actualización de Manual de procedimientos de farmacia de especialidades.
- Modificación planta física de farmacia ambulatoria que incluya bodega activa de medicamentos.

Iniciativas

- Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos del área ambulatoria.
- Gestionar la entrega total y oportuna de todos los proveedores.
- Definición de stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad.

Referentes hospitalarios

QF. Omar Pulgar

QF. Héctor Rojas

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°6 Proporcionar Atención Oportuna Segura y Digna.

PROCESO

Apoyo Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Implementar estrategias / acciones de gestión de satisfacción usuaria.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de estrategias acciones para la gestión de satisfacción usuaria.

META

100%

FUENTE DEL DATO

Registros locales

ACTIVIDADES

- Mantener activo Consejo Consultivo de la institución.
- Incorporar en la Planificación Estratégica institucional opiniones y/o análisis del Consejo Consultivo.
- Aplicar encuestas de satisfacción usuaria en las áreas ambulatorias, urgencia y atención cerrada.
- Realizar acciones de mejora en base a encuestas de satisfacción usuaria.
- Mantener activo el Comité de Evaluación de Calidad de la Respuesta a los Reclamos.

Iniciativas

- Recoger opiniones y/o análisis de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, para ser incorporadas al Plan Estratégico y como antecedentes para la elaboración de planes de mejora y otras iniciativas del Comité de Gestión Usuaria.
- Recoger opiniones y/o experiencias de trabajo de los y las referentes técnicos en la temática de gestión de la satisfacción usuaria y estrategias de humanización de la atención (Hospital Amigo, entre otras) considerando aspectos de mejora en la Satisfacción Usuaria.
- 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.

Referentes hospitalarios

Prof. Carolina Collao Siles

E.U. Ximena Troncoso

Prof. Pilar García Rivas

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°6 Proporcionar Atención Oportuna Segura y Digna

PROCESO

Atención Abierta - Cerrada

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contribuir al incentivo de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable, previniendo obesidad y otras enfermedades no transmisibles.

INDICADOR

Porcentaje de recién nacidos egresados de maternidad con lactancia materna exclusiva.

META

$\geq 93\%$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM A-24)

ACTIVIDADES

- Realizar reuniones bi - mensuales con el Comité de Lactancia Materna.
- Capacitar a profesionales funcionarios y profesionales no médicos en lactancia materna.
- Realizar actividades de fomento de la lactancia materna, que incluya charlas radiales, etc.,

Iniciativas

- Liderazgo de la Coordinadora de Matronería.
- Comité de Lactancia Materna con plan de actividades anuales.
- Educación permanente a los funcionarios de gineco-obstetricia.
- Mantener actividades de fomento a la lactancia materna.

Referentes hospitalarios

Mat. Marcela Buendía

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°7 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Valorizar y disminuir los excesos de estancias outliers superiores respecto a la línea base.

INDICADOR

Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores.

META

$\leq 0,0\%$.

FUENTE DEL DATO

SIGCOM.

ACTIVIDADES

- Consejo Directivo, informarse mediante reuniones, de los resultados de las valoraciones de las estancias prolongadas.
- Subdirección Médica informar trimestralmente las causas de los excesos de estancias superiores.
- Mantener activo, a través de reuniones al Comité de Eficiencia hospitalaria.

Iniciativas

- Utilizar la información que provee SIGCOM a través del cubo 9 y GRD, para valorizar el exceso de estancias outliers superiores.
- Disminuir los gastos de estas instancias mediante gestiones clínica – financiera.
- Realizar análisis cualitativo y cuantitativo de las causales de exceso de las estancias outliers superiores.

Referentes hospitalarios

Sr. Jose Luis Quinteros.

Dr. Pedro Iriondo.

Prof. Andrea Silva Pulgar

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°7 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar la programación financiera en la institución.

INDICADOR

Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.

META

Variación del monto ejecutado versus el estimado $\leq -5\%$ y $\leq 5\%$

FUENTE DEL DATO

Reporte de ejecución presupuestaria SIGTE; planilla local con estimación presupuestaria.

ACTIVIDADES

- 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.
- Incorporar en Consejo Directivo análisis de estimaciones presupuestarias.
- Efectuar proyecciones y control subtítulo 21 en base a contrataciones condicionando aspectos fijos y variables en forma detallada.

Iniciativas

- Monitoreo Mensual del gasto de los subtítulos 21 y 22.
- Trabajar en conjunto con las áreas o centros de costo que tienen a cargo ejecución presupuestaria, para programar su trabajo en concordancia a las estimaciones realizadas.
- Identificar todos los costos fijos y controlar los gastos variables mensualmente.

Referentes hospitalarios

Prof. Cristian Palacios.
Prof. Cristian Casanova.
Prof. Eduardo Allavide.

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°7 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Monitorear los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos y la correcta gestión REAS.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de actividades en la gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)

META

<= 100,0%.

FUENTE DEL DATO

Sistema sectorial SIDREP y SINADER.

ACTIVIDADES

- Capacitar al recurso humano en Compras Públicas.
- Incorporar a Inducción Funcionaria temática del REAS.
- Realizar campaña comunicado para ampliar el conocimiento en el REAS.
- Conocer presupuesto para REAS.

Iniciativas

- Mejorar las condiciones de segregación y almacenamiento de REAS.
- Monitorear recursos financieros entregados por FONASA "Disposición Final Responsable de Residuos Peligrosos y REAS"
- Impulsar la mejora del indicador de Fracción de residuos reciclables / Total residuos asimilables a domiciliarios X 100, con énfasis en la identificación y trazabilidad de residuos plásticos.

Referentes hospitalarios

Prof. Paulina Parra.

Prof. Carolina Rubilar.

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°7 Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.

INDICADOR

Porcentaje de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura.

META

100,0% equipos médicos; 80,0% infraestructura; 100,0% ambulancias; 90,0% equipos industriales; >=90,0% gasto.

FUENTE DEL DATO

Registros administrativos locales.

ACTIVIDADES

- Planificar anualmente mantenciones preventivas y su gasto asociado de: equipos médicos, industriales, infraestructura y ambulancias.
- Mantener un correcto inventario de los equipos en la institución.
- Contar con protocolo de mantención preventiva de equipos médicos, industriales, que detalle etapas, fechas, responsables, etc.

Iniciativas

- Programar y ejecutar presupuesto en mantenimiento preventivo.
- Control de las Sub-Asignaciones definidas para imputación de gasto del mantenimiento preventivo y correctivo
- Identificar el gasto total en mantenimiento preventivo y correctivo, de acuerdo con lo planificado anualmente.

Referentes hospitalarios

Prof. Jorge Inostroza

Prof. Alejandro Dávalos

Prof. Ian Ascencio

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°8 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.

PROCESO

Quirúrgico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatoria.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas.

META

49%

FUENTE DEL DATO

REM B17.

ACTIVIDADES

- Realizar levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar.
- Realizar actualización de cartera de servicios que defina categorización de cirugías ambulatorias.
- Destinar horas médicas para nombrar a Jefe Médico de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Iniciativas

- Revisar y redefinir áreas y estructuras para realizar las CMA.
- Realizar levantamiento de las cirugías posibles de ambulatorizar en el establecimiento
- Evaluar ampliación de cartera de servicios de cirugías ambulatorizables.

Referentes hospitalarios

Dr. Daniel Moya

EU. Miryan Vizcarra

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°8 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.

PROCESO

Hospitalización

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disminuir el porcentaje de egresos con estadías prolongadas.

INDICADOR

Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores).

META

<=5%

FUENTE DEL DATO

Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

ACTIVIDADES

- Informar mensualmente a Jefes de Servicios resultado de indicadores de eficiencia en el uso de camas.
- Análisis de causas de estancias prolongadas por servicio clínico de egreso.
- Contar con planes de mejora por servicio clínico, señalando objetivos, nodos críticos, actividades, responsables, plazos, etc.,
- Contar con información de tiempos de respuesta de los servicios de apoyo a los servicios clínicos.
- Protocolizar la acción clínica en patologías con estancias prolongadas.

Iniciativas

- Revisar sistemáticamente el resultado de este indicador y evaluar con información adicional, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria.
- Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos, atendiendo a las causas que apunten a mejorar los resultados.
- Establecer planes atención al ingreso de cada caso previniendo situaciones que puedan prolongar estadías.

Referentes hospitalarios

Dr. Pedro Iriondo

Dr. Carlos Rodriguez

EU. Cristian Rojas

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°8 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.

PROCESO

Atención Abierta

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar la eficiencia en el uso de las unidades dentales de dotación.

INDICADOR

Índice de ocupación dental (IOD)

META

$\geq 1,00$

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM serie A 09)

ACTIVIDADES

- Programar vacaciones de profesionales para gestionar reemplazos.
- Actualizar manual de organización del Centro de Responsabilidad.
- Contar con licitación de mantención preventiva y reparativa de equipos dentales.
- Gestión administrativa para nombramiento de gestores de contraloría.
- Monitoreo mensual de la producción de las especialidades odontológicas del Centro de Responsabilidad con Depto. de Informática y Unidad de Estadísticas y Gestión de la Información.

Iniciativas

- Aumentar la proporción de unidades dentales habilitadas de la dotación disponible en el establecimiento.
- Gestión de Agenda (incluye confirmación de cita) para aumentar la cantidad de atenciones que se realizan en cada unidad dental.
- Implementar el Modelo de Contraloría Clínica para mejorar la pertinencia de las interconsultas.

Referentes hospitalarios

Dr. Fernando García

Dr. Claudia Rojas

EU. Priscilla Cáceres

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°8 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.

PROCESO

Quirúrgico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aumentar la eficiencia y productividad en el ámbito quirúrgico.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica.

META

95% de cada trazadora.

4,1 cirugías mayores electivas por quirófano electivo.

72,5% Ocupación de Cirugía Mayor Electiva

30% de la producción de cirugía mayor electiva debe corresponder a lista de espera quirúrgica.

FUENTE DEL DATO

Resumen Estadístico Mensual (REM A21)

ACTIVIDADES

- Contar con levantamiento de proceso quirúrgico local.
- Mantener actualizados los protocolos en conjunto con Unidad de Esterilización.
- Control de procesos internos en la secuencia quirúrgica.
- Capacitar a funcionarios en GRD, gestión de procesos, administración y compras públicas.
- Conocer el proceso e involucrarse en la adquisición de equipos e insumos.
- Conocer y hacer seguimiento al programa de mantención de equipos clínicos.

Iniciativas

- Diseñar estrategias, protocolos, y gestionar para asegurar el cumplimiento del horario de inicio de la primera cirugía.
- Diseñar estrategias, protocolos, y gestionar para asegurar el cumplimiento de la preparación de quirófanos entre cirugías.
- Analizar, gestionar y preparar a los pacientes que se encuentran en Lista de Espera de Intervención Quirúrgica para velar por su programación en la tabla quirúrgica y su resolución.
- Diseñar estrategias para mejorar los subprocesos prequirúrgicos y de tabla quirúrgicas de acuerdo con los lineamientos contenidos en las "Orientaciones Técnicas para fortalecer el proceso quirúrgico de las cirugías mayores electivas", difundidas durante el año 2023 por el Ministerio de Salud.

Referentes hospitalarios

Dr. Pedro Iriondo

Dra. Lía Muñoz

EU. Priscilla Santos

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°8 Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica críticos.

PROCESO

Quirúrgico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar la gestión de notificación y pesquisa de posibles / potenciales donantes de órganos y disminuir el descarte y contraindicación relacionados al soporte y mantención de estos.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de la notificación, pesquisa, descarte y contraindicación de posibles / potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.

META

>= 90,0% de notificación

<=15,0%, o disminuir >020,0% bajo la línea base.

FUENTE DEL DATO

Sistema Integrado de Donación y Trasplantes SIDOT; Reporte GRD.

ACTIVIDADES

- Consolidar Unidad de Procuramiento de Órganos, restando de sus funciones las propias de trasplante.
- Mantener actualizado, bajo directrices ministeriales el protocolo institucional.
- Continuamente realizar capacitaciones a funcionarios de unidades generadoras, en notificación, muerte humanizada, abordaje familiar, etc.
- Realizar charlas sobre donación de órganos a unidades básicas de la institución.
- Incorporar en página web hospital banner de procuramiento.

Iniciativas

- 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.
- Realizar capacitación continua al personal sanitario, de las unidades generadoras, sobre donación y procuramiento.
- Demostrar el cierre de brechas informada por el establecimiento, en relación con los elementos estructurales requeridos para el adecuado proceso de donación y procuramiento.

Referentes hospitalarios

Dr. Aldo Cañete

Dr. Luis Blohm

EU. Jennifer Gómez

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°9 Mejorar la calidad de información estadística

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar la consistencia de los registros estadísticos oficiales.

INDICADOR

Porcentaje de áreas de producción con registros de producción automatizado.

META

100,0%

FUENTE DEL DATO

Registros locales.

ACTIVIDADES

- Las veces que sea necesario destacar la importancia de la calidad y oportunidad del registro.
- Entrega de reportes semanales de actividades no confirmadas en áreas de urgencia y ambulatorio (médicos y no médicos)
- Continuar con el desarrollo de dashboard de producción del proceso ambulatorio y de urgencia adulto infantil.
- Dirección debe reiterar instrucción de cumplimiento de los plazos mensuales de entrega de registros de producción.
- Implementar sistemas de control que apoyen la concordancia entre los registros de producción.
- Integrarse con el área de desarrollo informático para abordar soluciones de automatización de los registros de producción.
- Presentar proyectos de capacitación para funcionarios, con el objetivo de aumentar las habilidades en el procesamiento de datos.
- Cargar datos SIGTE con oportunidad e implementar controles de consistencia.
- Integrarse la red asistencial participando en reuniones de información SIGTE. Comunicar debilidades de SIGTE.

Iniciativas

- Contar con mecanismos de validación de datos, asegurando completitud y calidad de los registros.
- Comunicación permanente con referentes técnicos de producción para el correcto registro de datos estadísticos.
- Participar activamente en reuniones y comisiones internas con temáticas de producción hospitalaria.
- Realizar acciones que permitan obtener REM consistentes entre ellos IQ, CME, CMA, partos, DCO, Índice IQ X Pcte., etc.
- Generar documento oficial que defina las etapas del proceso estadístico y responsables de los ámbitos de información y definir acciones frente a incumplimientos.

Referentes hospitalarios

Prof. Patricio Chandía

Prof. Denixer Espinoza

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°10 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Suscribir e implementar compromisos en las áreas auditadas.

INDICADOR

Porcentaje de compromisos suscritos e implementados producto de una auditoría.

META

>= 90,0% de compromisos suscritos.

>=70,0% de compromisos implementados.

FUENTE DEL DATO

Registros locales.

ACTIVIDADES

- Nombrar funcionario referente de gestión que apoye la gestión de Director de la institución.
- Reforzar indicación Directiva de responsabilidad de Subdirectores y comunicar aplicación de Estatuto Administrativo respecto de incumplimiento de plazos.
- Referente de gestión debe reunirse, las veces que sea necesario, con jefes de áreas auditadas.
- Informar mensualmente a Director el avance en la entrega de Planes de Mejora y su implementación.
- Cumplir Plan de Trabajo de Auditoría aprobada por Resolución Exenta.

Iniciativas

- Contar con un sistema de administración de planes de mejora, que permita determinar qué observaciones se encuentran pendientes y vencidas.
- Gestionar el monitoreo y cumplimiento de planes de acción de CGR, mediante el sistema informático dispuesto para ello.

Referentes hospitalarios

Prof. Luis Cortés

EU. Jessica Astudillo

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°10 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contar con un proceso sumarial ordenado en sus etapas, definición de roles y responsabilidades.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento del plan de actividades del proceso sumarial.

META

100%

FUENTE DEL DATO

Registros locales.

ACTIVIDADES

- Modelamiento y gestión documental del proceso sumarial.
- Mantener actualizados manuales de procedimientos, publicar e informar de sus actualizaciones a la comunidad hospitalaria.
- Definir roles y responsabilidades de funcionarios y unidades que intervienen en las diferentes etapas del proceso sumarial.
- Establecer formatos de reportes de los estados de sumarios a Dirección.
- Informar mensualmente a Director de los estados de los sumarios.

Iniciativas

- Realizar levantamiento del proceso sumarial
- Contar con registros históricos ordenados y por tipo de sumarios.
- Definir roles y responsabilidades en el proceso sumarial.

Referentes hospitalarios

Prof. Juan Carlos Vega

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°10 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad.

PROCESO

Estratégico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mantener condición de establecimiento Acreditado en salud.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de calidad y seguridad de la atención.

META

$\geq 90,0\%$

FUENTE DEL DATO

Registros locales de Oficina de Calidad y Seguridad de la Atención.

ACTIVIDADES

- Plan de Calidad y Seguridad de la Atención debe contener un Programa de mantenimiento de re acreditación de la institución.
- El Plan de Calidad y Seguridad de la Atención debe estar aprobado por el Director (a) a mas tardar el mes de marzo de cada año.
- Evaluación y difusión del cumplimiento del Programa de Calidad y Seguridad de la Atención al menos en Junio y Diciembre de cada año en reunión del Comité Técnico ampliado con acta de reunión e informe de cumplimiento

Iniciativas

- Mantener una Cultura de calidad en el quehacer diario de todos los integrantes de la organización.
- Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de calidad y seguridad del paciente.

Referentes hospitalarios

EU. Yasna Carvajal Ayala

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°11 Mejorar las capacidades, compromisos y eficacia del personal.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Definir e implementar acciones de prevención y abordaje del ausentismo laboral enfocada en la disminución del índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa.

INDICADOR

Porcentaje de acciones implementadas del plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e índice de ausentismo laboral.

META

>= 90,0% de cumplimiento del plan local de abordaje biopsicosocial.
Disminuir en 2 o más días el índice de ausentismo laboral.

FUENTE DEL DATO

Reporte de Ausentismo con Suplencia Qlikview
Registros locales

ACTIVIDADES

- Comité de Ausentismo con plan de trabajo anual.
- Realizar estudio del impacto económico del ausentismo en la institución.
- Realizar gestiones con Autoridad Sanitaria respecto del ausentismo local.
- Realizar planes locales de ausentismo alineados con directrices ministeriales.

Iniciativas

- Incorporar enfoque Biopsicosocial del ausentismo.
- Abordar el ausentismo con énfasis en la Salud Mental para la confección del Plan Local de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.

Referentes hospitalarios

Prof. Franco Petrillo
Prof. Erika Donoso

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°11 Mejorar las capacidades, compromisos y eficacia del personal.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud.

INDICADOR

Porcentaje de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, capacitados en el periodo anual, en al menos una actividad de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.

META

>= 70%.

FUENTE DEL DATO

Reportes locales del Depto. de Capacitación.

ACTIVIDADES

- Realizar anualmente detección de necesidades de capacitación en la institución.
- Comité de Capacitación activo y con resolución de funcionamiento.
- Procesos de licitación de capacitaciones y otras actividades vinculadas, en tiempos oportunos.
- Nombrar equipo de profesionales docentes.
- Contar con espacios para capacitación presencial en la institución.

Iniciativas

- Equipo Directivo apoyar actividades de capacitación.
- Utilizar estrategia de capacitación asincrónica.
- Dotarse de espacios para actividades de capacitación presencial en la institución.

Referentes hospitalarios

Prof. Inés Hams

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°11 Mejorar las capacidades, compromisos y eficacia del personal.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Lograr una cobertura óptima en capacitación en materia de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) para otorgar una atención segura a los usuarios del sistema de salud hospitalario.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.

META

$\geq 90,0\%$

FUENTE DEL DATO

Reportes locales del Depto. de Capacitación.

ACTIVIDADES

- Contar en Plan Anual de Capacitación (PAC) con actividades de capacitación sincrónica y asincrónica, realizadas por profesionales del Programa de Control de Infecciones IAAS.
- Realizar reuniones mensuales de monitoreo; informar a Servicios Clínicos su nivel de cumplimiento en funcionarios regulados por Ley 18.834, 19.664 y 15.076.
- Establecer cursos de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud como requisito de ingreso a la institución.

Iniciativas

- Equipo Directivo apoyar actividades de capacitación en IAAS.
- Utilizar estrategia de capacitación asincrónica.
- Dotarse de espacios para actividades de capacitación presencial en la institución.

Referentes hospitalarios

Prof. Ma. Angélica Gallardo

Prof. Inés Hams

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°11 Mejorar las capacidades, compromisos y eficacia del personal.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Promover la cultura de seguridad en la institución, para mejorar la calidad y seguridad de la atención.

INDICADOR

Cobertura de capacitación de personal no médico en seguridad de la atención.

META

$\geq 70\%$

FUENTE DEL DATO

Reportes locales del Depto. de Capacitación.

ACTIVIDADES

- Contar en Plan Anual de Capacitación (PAC) con actividades de capacitación sincrónica y asincrónica, realizadas por profesionales de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Realizar reuniones mensuales de monitoreo; informar a Servicios Clínicos su nivel de cumplimiento en funcionarios no médicos.

Iniciativas

- Equipo Directivo apoyar actividades de capacitación en Calidad y Seguridad del Pacientes
- Utilizar estrategia de capacitación asincrónica.
- Dotarse de espacios para actividades de capacitación presencial en la institución.

Referentes hospitalarios

EU Brenda Pastén Salfate

Prof. Inés Hams

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°12 Fortalecer la Institucionalidad mediante el Rol Docente Asistencial y de Investigación en salud.

PROCESO

Clínico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Ser como institución un campo docente asistencial seguro para pacientes y alumnos de centros formadores de técnicos y profesionales.

INDICADOR

Porcentaje de convenios en la institución, celebrados entre el Servicio de Salud de Tarapacá y los centros formadores de técnicos y profesionales.

META

$\geq 100\%$.

FUENTE DEL DATO

Reportes de Unidad de Docencia.

ACTIVIDADES

- Conocer e integrarse al proceso de elaboración de convenios entre el Servicio de Salud de Tarapacá con centros formadores de técnicos y profesionales en donde la institución sea campo docente asistencial.

Iniciativas

- Integrarse a los equipos de docencia de la red asistencial.
- Conocer los convenios celebrados entre el Servicio de Salud de Tarapacá y los Centros Formadores de técnicos y profesionales, e identificar y comunicar a las unidades pertinentes asuntos que puedan poner en riesgo la calidad y seguridad de la atención.

Referentes hospitalarios

Prof. Carlos Illanes

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°13 Aumentar la confianza de la sociedad en la institución.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Comunicar de manera efectiva el accionar positivo de la institución a la comunidad usuaria.

INDICADOR

Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de comunicaciones de la institución.

META

>= 90%

FUENTE DEL DATO

Reportes locales y verificables de Oficina de Comunicaciones.

ACTIVIDADES

- Crear Comité de Comunicaciones del establecimiento que entregue lineamientos, prioridades y aspectos que sean relevantes transmitir a la comunidad usuaria, como también a los integrantes de la organización.
- Comunicar al Consejo Consultivo actividades de la institución.
- Utilizar medios digitales para transmitir actividades de la institución, página web, redes sociales, etc.

Iniciativas

- Utilizar medios digitales como página web y redes sociales para comunicar actividades de la institución.
- Conformar equipo de profesionales, que apoyen la comunicación efectiva hacia la sociedad, de las acciones hospitalarias.

Referentes hospitalarios

Prof. Pilar Devón

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°14 Fortalecer los Sistemas de Información y Registro de la Actividad Clínica.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Contar con sistemas de información para el registro de la actividad hospitalaria.

INDICADOR

Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de sistemas de información.

META

$\geq 90\%$

FUENTE DEL DATO

Reportes y verificables locales.

ACTIVIDADES

- Realizar Plan de Sistemas de Información con desarrollo local.
- Reactivar Comité de Gestión de Procesos.
- Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.
- Contar con Procedimiento de levantamiento de requerimientos institucionales sobre soluciones informáticas.
- Plan de Sistemas de Información debe incluir automatización de las actividades de producción.
- Plan de Sistemas de Información debe incluir integración con otras soluciones informáticas de la red asistencial.
- Contar con Comité de Ciberseguridad.
- Fomentar el uso de los sistemas de información.

Iniciativas

- Fomentar el uso de los sistemas de información.
- Fortalecer el desarrollo local de sistemas de información.

Referentes hospitalarios

Prof. Eric Ossandon

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°15 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Controlar de manera eficiente la compra de intervenciones quirúrgicas en el extrasistema.

INDICADOR

Variación porcentual del gasto en compra de servicios.

META

$\leq 0,0\%$

FUENTE DEL DATO

Sistema de Gestión Financiera (SIGFE).

ACTIVIDADES

- Realizar programación anual por especialidad de Intervención Quirúrgica (IQ), priorizar en programación IQ más costosas por el hospital.
- Monitorear cumplimiento de programación anual de IQ por especialidad.

Iniciativas

- Monitorear mensualmente la capacidad instalada del Hospital y la cantidad de intervenciones programadas para priorizar la utilización de pabellones propios en la realización de estas intervenciones.
- Revisar la cantidad de intervenciones compradas el año anterior y considerar el aumento del costo de dichas prestaciones en el extrasistema.
- Priorizar la realización de IQ más costosas dentro del hospital

Referentes hospitalarios

Dr. Pedro Iriondo

Prof. José Luis Quinteros

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°15 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Ajustar el gasto en honorarios médicos y no médicos al marco presupuestario autorizado.

INDICADOR

Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.

META

$\leq 1,00$

FUENTE DEL DATO

Sistema de Gestión Financiera (SIGFE).

ACTIVIDADES

- Directivos monitorear mensualmente el gasto en convenios con personas naturales.
- Mantener actualizado procedimiento de ingreso de información de convenios con personas naturales en Sistema de Recursos Humanos (SIRH)
- Instruir a todas las unidades la prohibición de nuevos convenios con personas naturales.
- Desescalada de convenios con personas naturales con funciones habituales.

Iniciativas

- 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.
- Identificar el gasto en convenio con personas naturales que cuentan con financiamiento y aquellos que no lo tienen, priorizando la disminución de éstos últimos.
- Establecer políticas internas y planes para contener y disminuir el gasto de honorarios, ajustándose a la normativa vigente (Oficio Circular N°78 del año 2002, del Ministerio de Hacienda)
- Establecer un procedimiento de ingreso de información de honorarios a sistema SIRH

Referentes hospitalarios

Prof. Juan C. Vega

Prof. Eduardo Gramattico

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°15 Controlar de manera eficiente los recursos financieros.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Devolver al Fisco los montos que se encuentran en las cuentas corrientes, correspondientes a la recuperación de ingresos por concepto de licencias médicas ISAPRE.

INDICADOR

Porcentaje de reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.

META

85% recaudo subtítulo 08-01-002-002

100% del devengo del subtítulo 25-99-001

FUENTE DEL DATO

Sistema de Gestión Financiera (SIGFE).

ACTIVIDADES

- Realizar cobros mensuales a ISAPRES.
- Realizar cobros trimestrales a la Super Intendencia de Salud,
- Realizar reuniones entre Unidad de Sub Dirección Administrativa y Sub Dirección Desarrollo y Gestión de las Personas.
- Implementar informes trimestrales de recuperación de montos de licencias médicas.

Iniciativas

- Fortalecer la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE.
- Mantener actualizada la conciliación de las cuentas corrientes de los Establecimientos.
- Fortalecer los Reintegros al Fisco.

Referentes hospitalarios

Prof. Cristian Palacios

Prof. Sui – Ming Pon

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°16 Disminuir los costos de la no calidad.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Fortalecer el programa de prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), que incluya aspectos esenciales y priorizados por el Ministerio de Salud.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

META

$\geq 90,0\%$

FUENTE DEL DATO

Registros locales del Programa de Control de Infecciones.

ACTIVIDADES

- Difundir circular con la importancia de realizar acciones clínicas en condiciones de seguridad e higiene óptimas.
- Contar con cursos IAAS 27 y 80 hrs. on line en sitio web de hospital.
- Monitorear mensualmente cobertura de capacitación en IAAS.

Iniciativas

- Mantener actualizada la información de vigilancia epidemiológica de IAAS, brotes de IAAS y estado de ejecución de actividades relacionadas con el Programa de Control de Infecciones (PCI) (cobertura de capacitación, ejecución de programas de supervisión, actualización de directrices).
- Equipo directivo comprometido en el monitoreo y cumplimiento del plan de actividades del PCI.

Referentes hospitalarios

Dr. Roberto Galvez

EU Ma. Angélica Gallardo

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

Obj. N°17 Fortalecer el Control Interno.

PROCESO

Administrativo

OBJETIVO ESPECÍFICO

Proporcionar un nivel de aseguramiento razonable al logro de objetivos institucionales de operaciones, información y cumplimiento.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implantación, mantención y actualización del Proceso de Gestión de Riesgos.

META

$\geq 90,0\%$

FUENTE DEL DATO

Registros locales del Proceso de Gestión de Riesgos.

ACTIVIDADES

- Comité de Riesgos debe realizar reuniones mensuales para abordar el Control Interno a través del Proceso de Gestión de riesgos que incluye Matriz de Riesgos institucional.
- Cumplir con las orientaciones técnicas que se encuentran en Documento Técnico N°70 de Implantación, Mantención y Actualización del Proceso de Gestión de Riesgos en el sector público.

Iniciativas

- Conformar un Comité de Riesgos y mantener reuniones periódicas para abordar los riesgos institucionales.
- Apoyar actividades que fortalezcan en la institución la cultura de Control Interno.

Referentes hospitalarios

Comité de Riesgos: Director y Subdirectores

Coordinador Comité de Riesgos: Ing. Fresia Amas V.

Fuente de Información

Resolución Exenta N°1744 fecha 05 de agosto del 2024.

5.-Cuadro de Iniciativas Objetivos

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

PERSPECTIVAS	Mapa Iniciativas / Objetivos	Directivos Comprometidos y Liderazgo efectivo Acción institucional acreditada en calidad y seguridad de la atención Comunicación Efectiva y Coordinación Interna Permanente Desarrollo de habilidades de liderazgo Monitoreo y Mejora Continua de la actividad hospitalaria Trabajar con apego a las normas generales del estado Potenciar los Equipos Clínicos Contar con Programas de Inducción de funcionarios Capacitar a Funcionarios Planificar Actividades por área de trabajo Definir y Establecer Procesos hospitalarios efectivos Mantener actualizado estudio de brecha de recursos hospitalarios Establecer Modelos de Gestión Implementar Sistemas Priorización de Pacientes Protocolizar la atención clínica Mantener actualizados protocolos de la acción administrativa Contar con planes de mantenimiento de equipos clínicos Habilitar Espacios Dignos para At. en Salud Implementar Sistemas de Información en toda la actividad hospitalaria Contar con información de calidad para toma de decisiones Contar con sistemas de control de producción Poner en valor información clínica Fortalecer la Ambulatorización de la Atención Coordinación con la Red Asistencial Mantener activos Comités de Participación																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
USUARIOS	(1) Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios																	
	(2) Fortalecer la oportunidad y satisfacción de la demanda de la atención																	
	(3) Proporción Atención Oportuna, Segura y Digna																	
	(4) Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.																	
	(5) Potenciar la participación comunitaria.																	
	(6) Propocionar atención oportuna, segura y digna.																	
PROCESOS INTERNOS	(7) Optimizar Procesos Críticos que impacten en el Bueno uso de los Recursos																	
	(8) Fortalecer y Optimizar los Modelos y Procesos de Gestión Clínica Críticos																	
	(9) Mejorar la Calidad de la Información Estadística.																	
	(10) Fortalecer Procesos de Mejora Continua y de Calidad																	
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	(11) Mejorar Capacidades y Compromisos y Eficiencia del Personal																	
	(12) Fortalecer la Institucionalidad mediante el Rol Docente Asistencial e Investigación en Salud.																	
	(13) Aumentar la confianza de la sociedad en el establecimiento de salud																	
	(14) Fortalecer Sistemas de Información y registros de la actividad clínica																	
FINANCIERA	(15) Controlar de manera eficiente los recursos financieros																	
	(16) Disminuir los Costo de la no Calidad																	
	(17) Fortalecer el Control Interno																	

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

6.-Estructura Organizacional

El Decreto Supremo N° 38 Reglamento Orgánico para Establecimiento Autogestionados en Red, en su artículo 22, señala que al Director le corresponde la administración superior y control del establecimiento, además señala entre las atribuciones del Director en su artículo 23, letra c) Organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, en concordancia con el Reglamento para Establecimientos Autogestionados en Red, políticas y normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta. El Director podrá diseñar la estructura organizacional, la cual deberá estar formalizada mediante resolución y respaldada por manuales de organización, de acuerdo a las políticas y normas técnicas que imparta al efecto el Ministerio de Salud. La actualización de los manuales de organización de cada unidad que forma parte de la institución, son una obligación por Ley de Transparencia Activa, este documento de orden administrativo debe incluir, facultades, funciones y atribuciones de cada unidad u órganos internos.

6.1.- Autoridad y Jerarquía

El hospital Dr. Ernesto Torres Galdames tiene una estructura organizacional de niveles jerárquicos de acuerdo al artículo N°24 de la Ley Orgánica de Bases Generales de la Administración del Estado y sus objetivos principales son:

1er Nivel Dirección: Guiar a la institución para la ejecución eficiente del conjunto de planes y programas que van en beneficio de la salud de la población adscrita al establecimiento de salud, administrando los recursos con el máximo rendimiento para entregar servicios de salud de calidad, seguros y oportunos.

2do Nivel: Subdirecciones:

Subdirección Médica: Producir servicios asistenciales en términos cuantitativos – productividad, como cualitativos –calidad de los requerimientos del Gestor de la Red Asistencial de Tarapacá.

Subdirección Gestión Cuidado del Paciente: Asegurar que el establecimiento de salud entregue un servicio integral a sus usuarios, logrando centrar la atención de la actividad hospitalaria en el Usuario, con un cuidado integral al paciente en la gestión clínico administrativa.

Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas: Contar en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames con el recurso humano necesario y personas colaboradoras altamente comprometidas con la institución, eficientes, motivadas, respetuosos, empáticos, en un clima laboral adecuado y una cultura organizacional sólida. Las personas que forman parte de la institución tendrán oportunamente los beneficios que la ley les otorga.

Subdirección Administrativa: Aportar al Establecimiento de Salud el respaldo administrativo - financiero, necesario para las acciones que satisfagan las necesidades de salud de la población beneficiaria. Mantener el Establecimiento de salud 100% Operativo en las áreas industriales, de Servicios Generales y de Equipos Médicos Críticos y de Apoyo Clínico.

3er Nivel: Departamentos Centros de Responsabilidad

4to Nivel: Subdepartamentos

5to Nivel: Unidades o Secciones

Las autoridades y jefaturas, dentro del ámbito de su competencia y en los niveles que corresponda, ejercerán un control jerárquico permanente del funcionamiento de los organismos y de la actuación del personal de su dependencia.

Este control se extenderá tanto a la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos, como a la legalidad y oportunidad de las actuaciones.

6.2.- Líneas de Comunicación.

La estructura organizacional, establece que las líneas de comunicación están dadas por el orden de sus niveles, esto es:

La comunicación directa de las unidades o secciones es con los Subdepartamentos y viceversa.

La comunicación directa de los Subdepartamentos es con los Departamentos, Centros de Responsabilidad y viceversa.

La comunicación de los Departamentos y Centros de Responsabilidad es con las Subdirecciones y viceversa.

La comunicación directa de las Subdirecciones es con la Dirección.

La comunicación directa de la Dirección es con todos los niveles de la estructura organizacional, sin embargo los demás niveles a excepción de las Subdirecciones, deberán cumplir con la comunicación con su nivel jerárquico para comunicarse con el 1er. Nivel de la organización.

6.3.- Canales de Comunicación Interna

La comunicación interna es relevante para el alineamiento institucional de los equipos de trabajos internos; es importante que funcionarios se informen de los avances en la gestión hospitalaria, el alcance de sus objetivos estratégicos. Se establece que los canales formales de comunicación son:

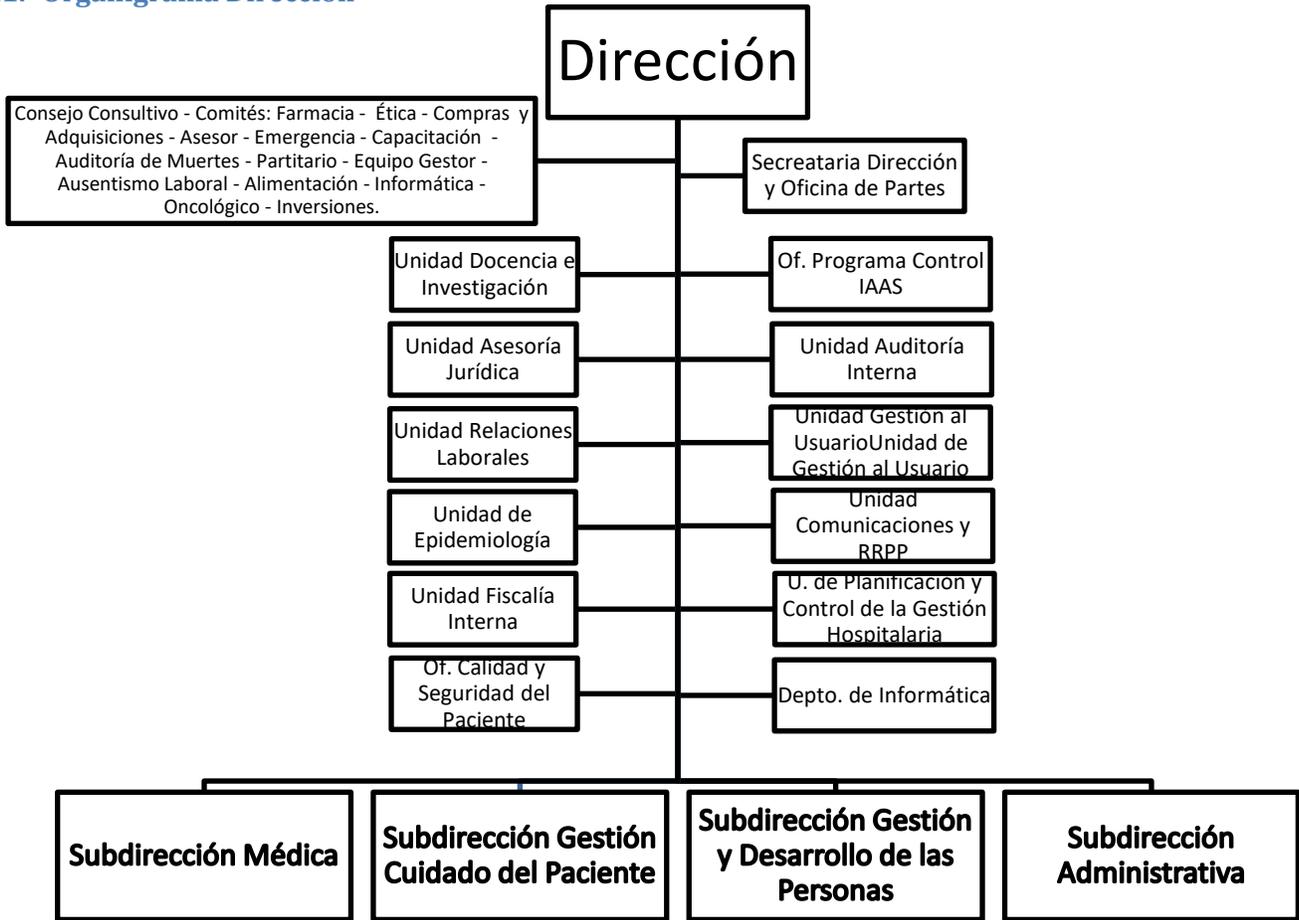
Comunicación Interna	Comunicación Externa
Las Cuentas Públicas anuales del establecimiento.	Las Cuentas Públicas anuales del establecimiento.
El sitio web www.hospitaliquique.cl	Publicaciones Oficiales
Los correos electrónicos xxx@redsalud.gob.cl	El sitio web www.hospitaliquique.cl
Las circulares, informativos, Boletín Informa	Comunicados de Prensa
Memorándum	Declaraciones Públicas
Actas oficiales de reuniones	

6.4.- Organigrama.

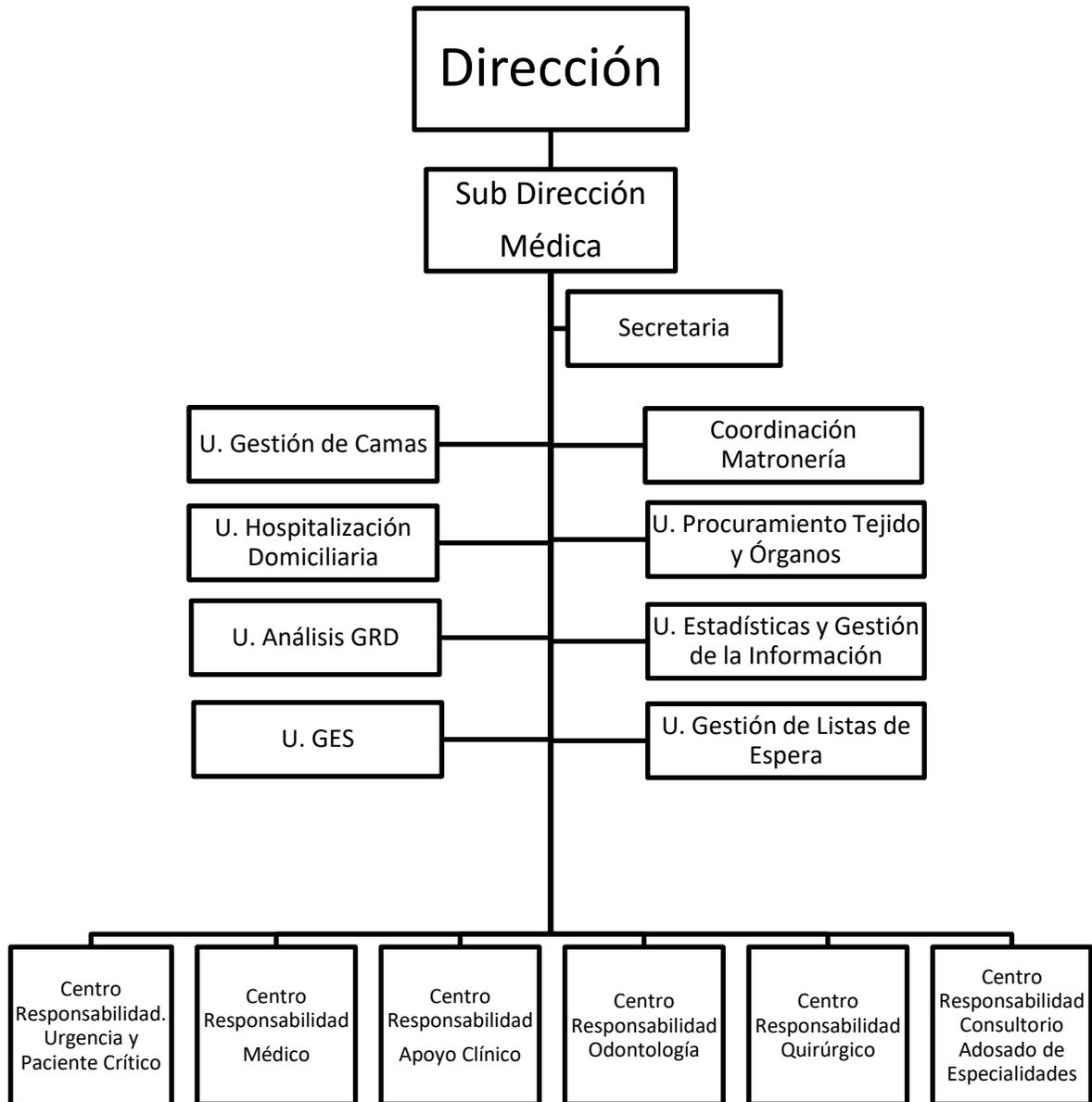
Actualmente el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, cuenta con un organigrama aprobado por Resolución Exenta N°875 del 4 de abril del 2024, posteriormente se ha realizado 1 modificación a la Subdirección Administrativa y otra a la Unidad de Planificación de Control de Gestión.

Resolución Exenta N° 875 – Resolución Exenta N° 1138 – Resolución Exenta N° 1516

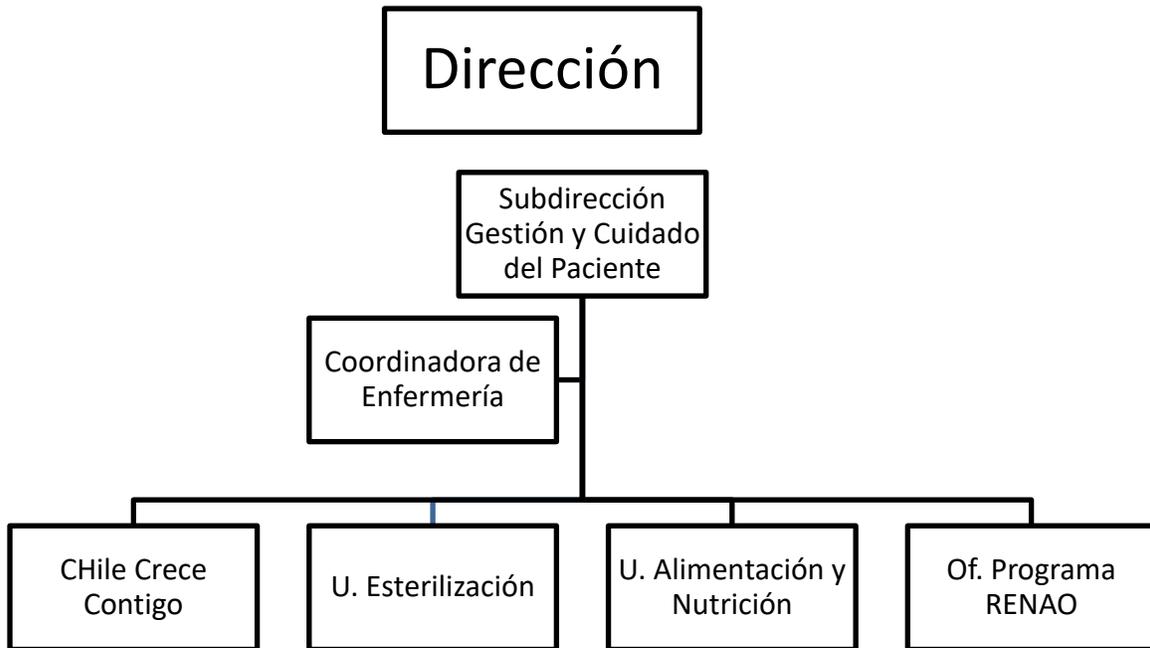
6.3.1.- Organigrama Dirección



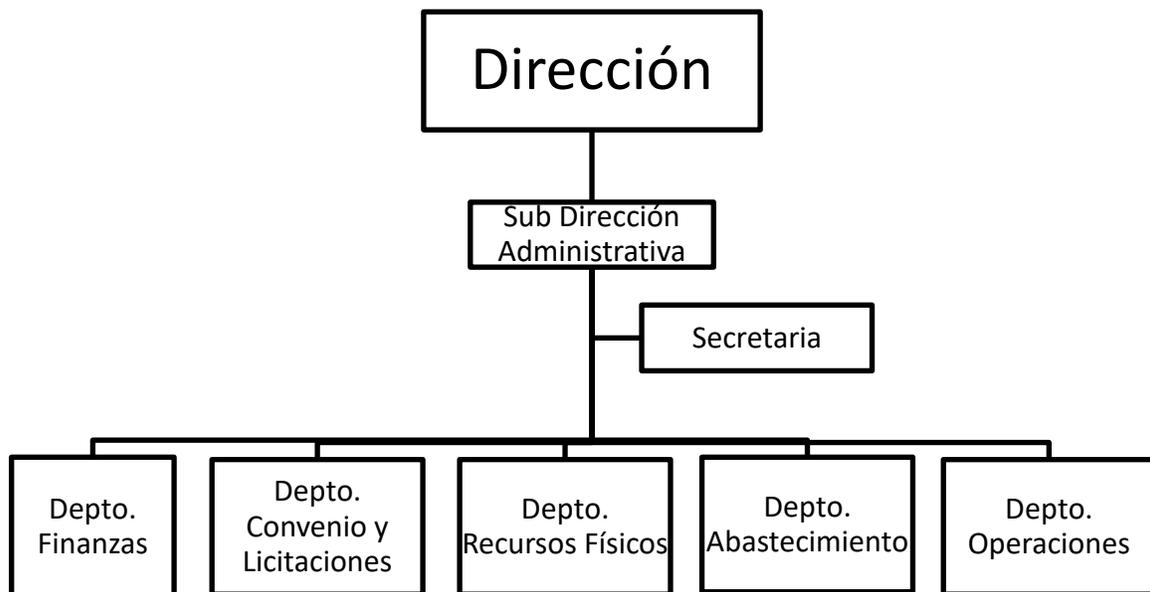
6.3.2.- Organigrama Sub Dirección Médica



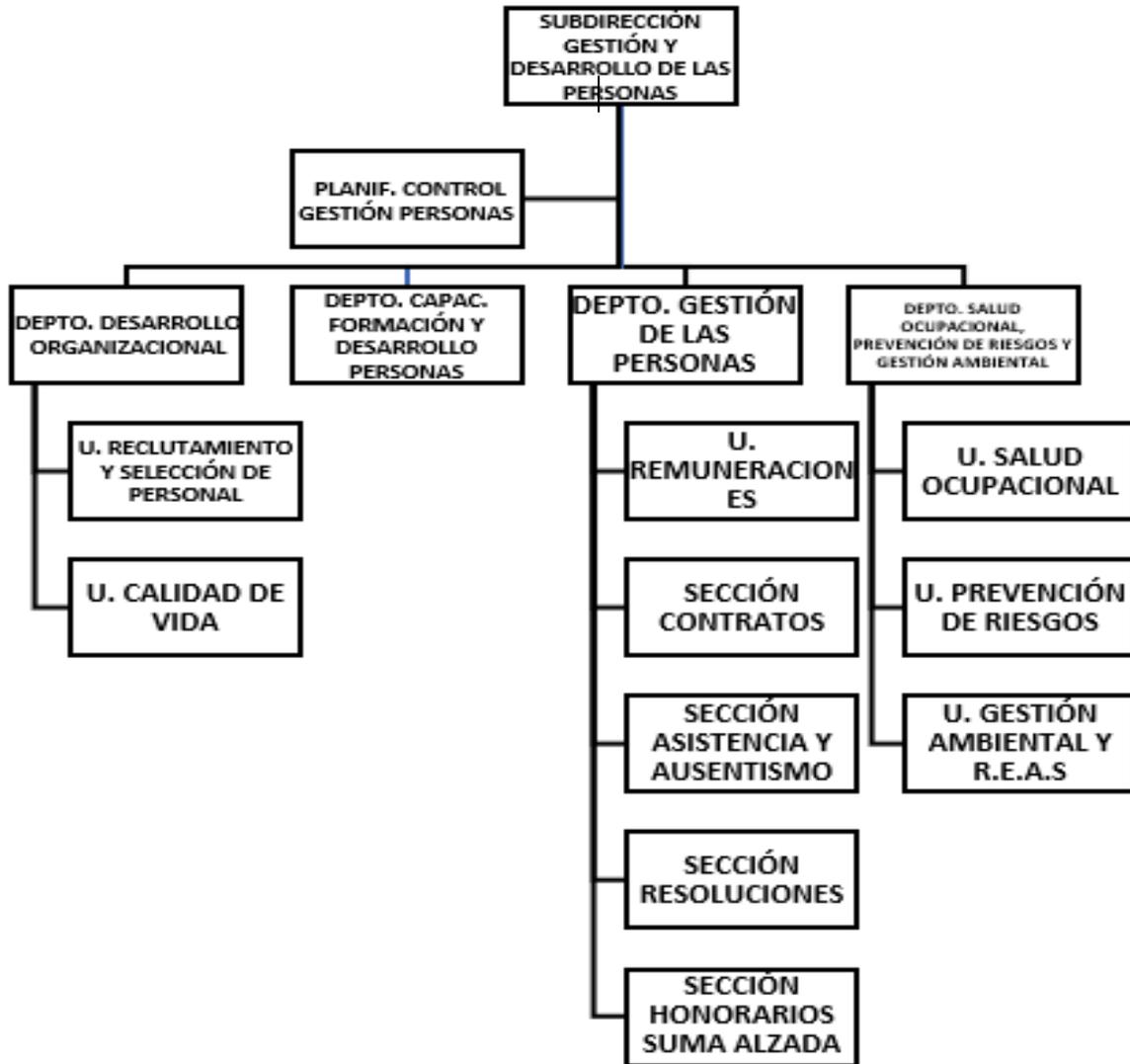
6.3.3.- Organigrama Subdirección Gestión y Cuidado del Paciente



6.3.4.- Organigrama Subdirección Administrativa



6.3.5.- Organigrama Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas.



7.- Políticas, Planes, Procedimientos Corporativos

7.1.- Políticas y Plan de Acción de Recursos Humanos.

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

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

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

1.1.- Gestión del Desempeño

Política de Reclutamiento y Selección.

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

Política de Gestión del Desempeño.

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

En los Servicios de Salud Pública, el proceso de evaluación de desempeño se encuentra regulado por el Decreto N° 110 sobre Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos; y el Decreto N° 1229 para las plantas de personal de Profesionales, Técnicos, Administrativos y Auxiliares. Ambos sistemas no pueden ser cambiados discrecionalmente, puesto que se encuentran normados a través de cuerpos legales, que sólo se podrían modificar a través de iniciativas legislativas. La política desde la SD. GDP busca garantizar evaluaciones objetivas y estandarizadas que efectivamente reflejen el objetivo de las herramientas de gestión del desempeño.

Política de Egreso.

El trabajo constituye una forma de vinculación social y económica de carácter vital. Su pérdida trae consigo una serie de reacciones emocionales en ocasiones negativas para la persona que la experimenta. La desvinculación

generalmente genera un importante impacto emocional, pero también un impacto concreto en el estilo y calidad de vida de las personas, lo que significa vivir el duelo de dejar de trabajar y planificar una nueva etapa, con objetivos distintos, y en condiciones económicas y personales distintas a su etapa de trabajador en la institución.

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

Política de Reemplazos y Suplencias.

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

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

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

Política de Remuneraciones.

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

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

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

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

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

1.2 Gestión del Desarrollo

Política de Inducción.

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

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

Política de Capacitación, formación y desarrollo del capital humano.

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

Para la política de capacitación, formación y desarrollo del capital humano, se han considerado diversos elementos institucionales y normativos, partiendo por señalar las orientaciones del Servicio Civil para la gestión de la capacitación funcionaria, los Lineamientos Estratégicos para la gestión de la Capacitación en el Servicio de Salud de Tarapacá, el Instructivo Presidencial de Buenas Prácticas Laborales en Gestión de Personas en el Estado, la Estrategia Nacional de Salud, los Convenios de Desempeño de Alta Dirección Pública de directivos, las Metas Sanitarias y de Desempeño Colectivo, Acuerdos Gremiales suscritos en el sector, Compromisos de Gestión asociados a la capacitación, entre otros.

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

Dado necesidad de contar en los establecimientos de salud con funcionarios capacitados en temáticas ligadas a la atención de pacientes, el Ministerio de Salud ha aumentado el número de compromisos que los establecimientos de salud deben cumplir anualmente en capacitación de funcionarios, haciendo especial hincapié en los funcionarios que tienen atención directa con los pacientes. Por lo anterior el Departamento de Capacitación debe priorizar anualmente en su Plan de Actividades de Capacitación las que se encuentran relacionadas con Metas Sanitarias y Cuadro de Mando Integral o Planificación Estratégica, entre ellas:

• Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	• Calidad y Seguridad de la Atención
• Reanimación Cardiopulmonar	• Ejes de la Estrategia Nacional de Salud
• Discriminación, Derechos Humanos, Género, Humanización, Ley Karin.	• Salud Mental, Oncología, Interrupción del Embarazo, Parto Respetado.
• Trato al Usuario	• Gestión de Procesos Hospitalarios
• Financiamiento Hospitalario GRD	• Control Interno – Evaluación de Riesgos
• Ciberseguridad	• Procesos Sumariales
• Compras Públicas para requirentes	• Herramienta BIZAGI
• Herramienta Power BI	• Planificación Estratégica para Directivos

Política de Salud Ocupacional.

El Hospital de Iquique, recoge desde la Unidad de Salud del Trabajador del Servicio de Salud de Tarapacá la coordinación, implementación y monitoreo de un sistema integral de atención de salud dirigido a las y los funcionarios, incluyendo las acciones correspondientes al ámbito de la Salud Ocupacional y los mandatos de la Ley 16.744 de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como también aquellas acciones que contribuyan con el cuidado y protección del medio ambiente, por lo tanto, el propósito de la política es la

generación de un conjunto de acciones que contribuyan a mantener o recuperar en el marco de los recursos disponibles, la salud integral del funcionario en el ámbito de la promoción, prevención, curativo y rehabilitación.

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

1.3 Gestión del Cambio Organizacional

Política de Bienestar y Calidad de Vida.

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

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

Esta política permite institucionalizar la posición del Hospital, sobre cuáles serán los lineamientos generales en materia de bienestar y calidad de vida laboral. Al respecto, se propone como principal objetivo “favorecer el mejoramiento de la calidad de vida laboral de todos los funcionarios y funcionarias del Hospital “Dr. E. Torres G.” de Iquique, posibilitando condiciones y promoviendo ambientes laborales bien tratantes.

Política de movilidad funcionaria.

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

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

Política de Cuidado de equipos y autocuidado

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

El cuidado de equipos es el conjunto de actividades intencionadas, sistemáticas y formalizadas institucionalmente, dirigidas a prevenir el desgaste profesional de sus miembros, quienes como equipo tienen un rol protagónico en

su implementación. Estas actividades se centran en la dimensión grupal, y promueven la construcción colectiva de ambientes bien tratantes contribuyendo al bienestar integral de todas y todos en sus contextos de trabajo.

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

Política de Fortalecimiento de Ambientes Laborales Saludables

Con el objetivo de mejorar el entorno laboral a través del Fortalecimiento de Ambientes Laborales Saludables, que la Organización Mundial de la Salud define como “ Un Entorno Laboral Saludables es aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en utilizar un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo”, la institución cuenta con un Plan Anual de Fortalecimiento de Ambientes Laborales Saludables que busca impactar positivamente en los climas laborales al interior del establecimiento, en donde confluyen un gran número de funcionarios y funcionarias que pasan gran parte del día dentro de estos contextos, por lo cual se hace imperante la necesidad de adoptar medidas que permitan que los trabajadores perciban sus entornos como espacios adecuados desde el punto de vista del bienestar y calidad de vida laboral. Entre las actividades que se destacan es el Concurso del Embajador del Buen Trato Laboral.

Política de Prevención y Seguimiento del Maltrato, Acoso Laboral y Acoso Sexual.

Con el objetivo de prevenir el maltrato, acoso laboral y sexual, la institución anualmente ejecutará un número de actividades, que en su conjunto se espera tengan un impacto positivo en la prevención del maltrato, acoso laboral y sexual, entre las actividades que debe contener el plan se encuentran:

- Difusión “Acoso Laboral, acoso sexual, discriminación e igualdad de género”, derechos, obligaciones y prohibiciones, anotaciones de mérito y de demérito.
- Socialización sobre la Ley Karin N° 21.643.
- Apoyo Campaña de prevención de la violencia de género.
- Conmemoración del Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la mujer.
- Articulación de los seguimientos de caso de denuncia con el encargado de registros de procesos disciplinarios.

Política de Inclusión, Diversidad y No discriminación.

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

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

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

7.2.- Políticas y Plan de Acción de Gestión Financiera Contable y Presupuestaria

Pago a Proveedores

Es de especial interés para el Ministerio de Hacienda preservar la sostenibilidad fiscal reduciendo paulatinamente el déficit estructural en línea con la política fiscal. Adicionalmente, y teniendo en cuenta que las condiciones financieras serán particularmente restrictivas dadas las consecuencias económicas de la pandemia, inflación y perspectivas monetarias, es que se hace imperativo administrar de mejor forma los recursos de caja del Fisco.

Así mismo, en un escenario de nuevos mandatos legales (en especial, la ley N°21.131, sobre pago a 30 días); nuevas herramientas tecnológicas ya implementadas, tales como la facturación electrónica (ley N°20.727) y la alternativa de realizar pagos eficaces vía transferencia electrónica de fondos, se dispuso por primera vez en el artículo 8 de la ley N°21.192, de presupuestos del sector público para el año 2020, que “todos los pagos a proveedores de bienes y servicios de cualquier tipo, incluidos aquellos relacionados a contratos de obra o infraestructura, que se realicen de parte órganos de la Administración del Estado, deberán realizarse mediante transferencia electrónica de fondos”, norma reiterada los años siguientes y vigente en el cuerpo legal del presente ejercicio fiscal.

Mediante el acto administrativo, Resolución Exenta N° 2276, del 30 de octubre del año 2024, la Dirección del establecimiento, aprueba el Procedimiento Pago Oportuno a Proveedores del Estado en el hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.

Mediante el acto administrativo, Resolución Exenta N° 108, del 22 de enero del año 2024, la Dirección del establecimiento, aprueba el Procedimiento de Cobro, Devengamiento y Reintegro Fiscal de Pagos Duplicados y en Exceso.

Procedimiento Recepción, flujo y Registro de Facturas

Con el objeto de establecer y formalizar las etapas necesarias para realizar un correcto control de los Documentos Tributarios Electrónicos (DTE) que permitan la Recepción Conforme (RC) de los distintos bienes y servicios contratados, Aceptando o Reclamando el Documento Tributario Electrónico (DTE), para su posterior devengo, con la finalidad de que la Tesorería General de la República (TGR) pueda cumplir con el plazo de pago a los proveedores del Estado, según lo dispuesto en la Ley N° 21.131, la institución con Resolución Exenta N° 1508 del 28 de junio del 2024, establece un ordenamiento para el proceso de facturas, desde la emisión de una Orden de Compra, a la Recepción conforme de Bienes y/o Servicios contratados.

Contención del Gasto

Dadas las actuales condiciones del financiamiento de los hospitales en Chile, en que los recursos transferidos son insuficientes para el normal funcionamiento de la institución, específicamente lo que afecta al Subtítulo 22 de bienes y servicios de consumos lo que al mes de agosto del 2024, tenía un alto nivel de consumo del gasto operacional, además lo que instruye a los establecimientos hospitalarios el Subsecretario de Redes Asistenciales, a través del Ordinario C71/ N° 26323 sobre austeridad, contención y eficiencia del gasto para la red asistencial, por lo que el establecimiento debe aplicar medidas de contención del gasto, respecto de:

Gestión de Recursos Humanos:

- Gestión de la Glosa de Horas Extras. Priorizar actividad asistencial y Unidades de emergencias.
- Suplencias y Reemplazos. Acotar el uso para cubrir cargos asistenciales y prioritarios.
- Suspensión de nuevas contrataciones a honorarios. Evaluar excepción contrataciones de programas especiales.
- No cursar Comisiones de Servicios.

Gasto en Bienes y Servicios de Consumo

- Optimizar de la cadena de suministros
- Arriendo de inmuebles
- Alimentación.
- Gasto en Publicidad y Difusión.
- Gastos en jornadas Protocolos y Ceremonias.
- Compra de Servicios, exceptuando Listas de Espera y GES

Gestión de Redes Asistenciales

- Eficiencia Hospitalaria.
- Optimizar el uso de camas.
- Disminución de estancias prolongadas.

Uso y Manejo de Fondos Fijos

Con la finalidad de definir responsabilidades, conceptos y normas relativas al uso de fondos en dinero efectivo, que son entregados a determinados funcionarios de la institución, para el financiamiento de gastos menores de sus unidades, se ha aprobado con Resolución Exenta N° 1739 de fecha 01 de agosto del 2024, el Procedimiento de Uso y Manejo de Fondos Fijos 2.0”

Documentos de Garantías

El Decreto Supremo 250 que aprueba el Reglamento de la Ley N°19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, señala en su artículo 22 que la garantía de seriedad de la oferta y de cumplimiento del contrato tienen por objeto resguardar el correcto cumplimiento, por parte del proveedor oferente y lo adjudicado, de las obligaciones emanadas de la oferta y/o del contrato. En el caso de la prestación de servicios la garantía de fiel cumplimiento asegurará además el pago de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores contratantes. En la garantía de fiel cumplimiento se podrán hacer efectivas las eventuales multas y sanciones. Al fijarse el monto de la misma, se tendrá presente que éste no desincentive la participación de oferentes.

Garantías de monto superior al 30%: En el caso que el establecimiento establezca en las bases respectivas un porcentaje igual o mayor al 30%, se requerirá de una resolución fundada. En estos casos deberá justificarse la correspondencia de la garantía requerida con el valor de los bienes y servicios contratados y con el riesgo de la Entidad Licitante en caso de un incumplimiento por parte del Adjudicatario, y en todo caso no podrá desincentivar la participación de oferentes.

El plazo de vigencia de la garantía de fiel cumplimiento será el que establezca las respectivas bases o requerimientos. En los casos de contrataciones de servicios, éste no podrá ser inferior a 60 días hábiles después de terminados los contratos. Para las demás contrataciones, éste plazo no podrá ser inferior a la duración del contrato. En el caso de que las bases omitan señalar el plazo de vigencia de la garantía, éste será de 60 días hábiles después de terminado el contrato.

El adjudicatario deberá entregar la garantía de cumplimiento a la Entidad Licitante, al momento de suscribir el contrato definitivo, a menos que las bases establezcan algo distinto. Si la garantía de cumplimiento no fuere entregada dentro del plazo indicado, la Entidad Licitante podrá aplicar las sanciones que corresponda y adjudicar el contrato definitivo al oferente siguiente mejor evaluado.

En caso de incumplimiento del Contratista de las obligaciones que le impone el contrato o de las obligaciones laborales o sociales con sus trabajadores, en el caso de contrataciones de servicios, la Entidad Licitante estará facultada para hacer efectiva la garantía de cumplimiento, administrativamente y sin necesidad de requerimiento ni acción judicial o arbitral alguna. Lo anterior es sin perjuicio de las acciones que la Entidad Licitante pueda ejercer para exigir el cumplimiento forzado de los pactado o la resolución del contrato, en ambos casos con la correspondiente indemnización de perjuicios. El incumplimiento comprende también el cumplimiento imperfecto o tardío de las obligaciones del contratista.

En el evento que las Bases permitan la entrega de anticipos al proveedor, la Entidad Licitante deberá exigir una garantía de anticipo por el 100% de los recursos anticipados. En este caso se permitirán los mismos instrumentos establecidos al regular la garantía de cumplimiento.

La devolución de la garantía por anticipo se efectuará dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción conforme por parte de la Entidad, de los bienes o servicios que el proveedor haya suministrado con cargo al respectivo anticipo.

La institución se encuentra en proceso de actualización de sus procedimientos administrativos para el manejo integral de Garantías.

7.3.- Plan de Inversiones.

La necesidad de mejorar las condiciones de la infraestructura actual del establecimiento de salud, cuyas debilidades se manifiestan en agotamiento de materiales, fallas en evaluación de aguas servidas, pisos rotos, hacinamiento, etc. lo que se suma al aumento de la demanda como efecto post – pandemia, por lo anterior el establecimiento hace esfuerzos por contar con un equipo de profesionales de las áreas de proyectos de infraestructura, para que se integren al Servicio de Salud de Tarapacá, con la finalidad de que la Red Asistencial cuente con un Plan de Inversiones que considere al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y que además puedan evaluar el impacto que otras inversiones puedan afectar positivamente a la institución.

A continuación, proyectos de inversión del Hospital Ernesto Torres Galdames de Iquique, contenidos en los lineamientos del Convenio de Programación denominado “Conservación y Fortalecimiento de la Red Asistencial de la Región de Tarapacá” correspondiente al periodo 2022 – 2024.

N°	Proyectos de Inversión Largo Plazo	SERVICIO	Año 2023	Año 2024
1	Cierre patio Movilización y RRRFF	Movilización y RRRFF	6.000	
2	Conservación Sala de estar Esterilización	Esterilización	30.000	
3	Mejoramiento estructural y organización de SOME	SOME	98.000	
4	TAC (condiciones de instalación)	Imagenología	50.000	
5	Dental 2 (Thompson)	Odontología	40.000	
6	Planta de agua CR Diálisis	Diálisis	250.000	
7	Conservación y Mejoramiento C.R. Diálisis contempla sólo infraestructura	Diálisis	300.000	
8	Conservación y Mejoramiento Pavimento Esterilización.	Esterilización	110.000	
9	Conservación y Mejoramiento Chile Crece.	Chile Crece		200.000
10	Construcción dependencias UNACES e Infectología.	Unaces-Infectología		200.000
11	Construcción Servicio de Hemodinamia	Hemodinamia		300.000
12	Baños y salas de estar hospital.	Hospital	220.000	
13	Conservación y Mejoramiento Unidad de Informática	Informática	60.000	
14	Proyecto sala espera modular exterior y veredas de acceso Hospital	Hospital	60.000	
15	Habilitación Unidad de Mantenición en ex Caldera	Mantenición	180.000	
16	Conservación Unidades Clínicas	Unidades clínicas hospital	1.250.000	1.250.000
17	Normalización Unidad de Imagenología	Imagenología	950.000	
SUB TOTAL			3.604.000	1.950.000

Los montos individualizados anteriormente obedecen a estimaciones que pueden variar en virtud de variables de mercado y posibles cambios en instrucciones Ministeriales.

7.4.- Políticas de Satisfacción Usuaría.

La institución tiene un compromiso permanente de entregar un servicio de calidad y seguro a sus usuarios, también es relevante contar con niveles aceptables de satisfacción usuaria, lo que se hace difícil ya que dentro de la satisfacción el usuario suele considerar, espacios adecuados, baños limpios, tiempos en listas de esperas, también evalúa el trato que se le entrega, calidad de la información a la que tiene acceso etc. sin embargo, a pesar del establecimiento tener problemas en lo que el usuario suele evaluar, los niveles de satisfacción usuaria son altos, al menos hasta el año 2023.

El establecimiento, contará anualmente con un plan de actividades para medir la satisfacción usuaria en el establecimiento; el plan debe contener los lineamientos que anualmente imparte el Ministerio de Salud, como la aplicación de encuestas cuyo instrumento es construido por ese ente rector y que además fija los periodos de aplicación.

De los resultados obtenidos en dicha encuesta, la institución a través del Comité de Satisfacción Usuaría, analizará los resultados y propondrá anualmente planes de acción para mejorar la Satisfacción Usuaría en el establecimiento.

La institución fortalecerá la Unidad de Gestión al Usuario, actualmente de dependencia directa del Director como unidad asesora.

Los funcionarios y Directivos, deben recoger opiniones e incorporar en los planes de acción institucional lo que signifique una mejora en la satisfacción usuaria.

7.5.- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.

El Reglamento para Establecimientos Autogestionados en Red aprobado por el Decreto Supremo N° 38 señala en su artículo 16, letra d) que los hospitales de alta complejidad, para mantener su condición de autogestionados deben, entre otros requisitos, contar con un Plan de Actividades, por tal motivo anualmente la institución elabora el plan institucional que abarca la Gestión Clínica y Administrativa, la que es aprobada a través de un acto administrativo e incluye actividades que nos acercan al cumplimiento de nuestros objetivos estratégicos. El Plan Anual de Actividades de Gestión Clínico Administrativa para el año 2024, fue aprobada por Resolución N°1744 del 5 de agosto del 2024 y se encuentra, para conocimiento de la comunidad hospitalaria en la página web de la institución www.hospitaliquique.cl.

7.6.- Procedimiento de recaudación de ingresos propios y otros ingresos.

Mediante Resolución Exenta N°1817, de fecha 27 de Diciembre del 2017, la Dirección del establecimiento aprueba el Procedimiento de Generación y Recaudación de Ingresos Propios para el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, formalizando en este acto, las directrices y lineamientos generales que organizan, regulan y controlan el actuar de los funcionarios pertenecientes a la Unidad de Cobranzas y Recaudación Central pertenecientes al Departamento de Finanzas y Contabilidad, como también el circuito de las acciones a considerar para una gestión de cobro oportuna, expedita y segura en el resguardo de los recursos propios, dicho acto administrativo se actualizará de acuerdo a la normativa vigente durante el año 2025.-

7.6.1.-Gestión de Licencias Médicas

Con el objetivo aumentar los ingresos por recuperación de licencias médicas, se amplió la función en la Unidad de Cobranza incluyendo la recuperación de licencias médicas, por lo anterior se establece un procedimiento estandarizado único y permanente con orientaciones y lineamientos específicos que permitan una correcta presentación, tramitación, recepción y cobro de licencias médicas por enfermedad común y/o del trabajo de los

funcionarios (as); establecer un adecuado control y seguimiento de las licencias médicas aceptadas, rechazadas, reducidas, sin derecho a subsidio o con cargo al empleador; la institución aprobó con Resolución Exenta N° 1740 de fecha 01 de agosto del 2024 el Procedimiento de Licencias Médicas.

7.7- Plan de Actividades de Auditoría Interna.

El Plan de Actividades de Auditoría Interna de la institución se elabora anualmente bajo los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud, Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, Contraloría de la República, además incorpora los intereses de la institución, a través de su Director, que solicita incorporar aquellos aspectos que se consideren relevantes auditar para alcanzar los objetivos institucionales, de acuerdo a la estrategia que se tenga para el año calendario. Además el Plan de Actividades de Auditoría Interna se encuentra alineada con los Objetivos Gubernamentales de Auditoría y los objetivos trazados por el Ministerio de Salud, fijados en el último Ordinario N° A16/1630 del 03.06.2024, los cuales persiguen asegurar una adecuada continuidad y desarrollo del Sistema de Auditoría, para lo cual deben desarrollarse un conjunto de acciones en las áreas relacionadas con el control de la probidad, con especial énfasis en acciones preventivas que permitan controlar y administrar los riesgos corporativos que afectan a dicho principio orientador de la acción de auditoría. Estos planes de auditorías deberán ser elaborados anualmente y aprobados por resolución Directiva.

Actividades Mínimas del Plan de Auditoría Interna	2024	2025	2026
N° Auditorías Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno	9	9	9
N° Actividades Objetivos Gubernamentales y Ministeriales	2	2	2
N° Auditorías Internas	3	3	3
Total Auditorías	14	14	14

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

8.- Sistemas de Planificación.

El Decreto Supremo N°38 Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Autogestión en Red, señala en su artículo 16, los requisitos mínimos que se deben cumplir para la mantención de la condición de Establecimientos Autogestionado Red, entre otros, letra c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos los siguientes aspectos:

- Políticas y plan de acción de Recursos Humanos.
- Política y plan de acción de Gestión Financiero – Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistema de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.
- Plan de Gestión Clínico Administrativa.
- Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.
- Plan de Actividades de Auditoría Interna.
- Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

La Resolución Exenta N°1138 de fecha 10.05.2024, crea para la organización la Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria, cuya Misión es asesorar a la Dirección del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, propendiendo y coadyuvando a la planificación estratégica de la institución.

La Unidad de Planificación y Control de Gestión coordina en la institución, las actividades necesarias para el desarrollo de la Planificación Estratégica Institucional, dando cumplimiento al Decreto Supremo N°38, aplicando los lineamientos Ministeriales, alineando objetivos estratégicos institucionales con los objetivos que anualmente el Ministerio de Salud entrega a los establecimientos autogestionados red, que deben ser concordantes con los de la Red Asistencial de Salud.

El Decreto Supremo N° 38 en su artículo 16. Letra d) señala que el Establecimiento Autogestionado en Red anualmente debe contar con un Plan de Anual de Actividades y un Plan de Inversiones, ambos instrumentos deben servir para alcanzar los objetivos estratégicos institucionales. El Plan Anual de Actividades es preparado por los gestores técnicos, en conjunto con sus equipos y debe ser sociabilizado o dado a conocer a la comunidad hospitalaria a más tardar durante el mes de marzo de cada año, para lo anterior la Unidad de Planificación y Control de Gestión entrega su asesoría técnica y coordina las actividades.

9.- Sistemas de Control de Gestión.

El Decreto Supremo N°38 en su artículo 17, señala que mediante instrucciones emanadas de los Ministerios de Salud y Hacienda se deberán establecer instrumentos técnicos y medios de verificación del cumplimiento de los requisitos para Establecimientos Autogestionados en Red. Desde el año 2011 a la fecha el instrumento de evaluación utilizado para evaluar la gestión de los Establecimientos Autogestionados en Red ha sido el Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard, herramienta de control de gestión y seguimiento para una planificación estratégica adaptada para la gestión hospitalaria de alta complejidad en Chile.

Para realizar el Control de Gestión, el Ministerio de Salud dispone de una plataforma SIS-Q, la que se encuentra disponible en línea y para todos los establecimientos autogestionados en Red y de alta complejidad del País y anualmente se entrega a la institución Orientaciones Técnicas.

Otras herramientas de Control de Gestión Hospitalario y de orden Ministerial son:

- Metas Sanitarias para funcionarios regulados por Ley 18.834.-
- Metas Sanitarias para funcionarios regulados por Ley 19.664.-
- Metas Sanitarias para funcionarios regulados por Ley 15.076.-

A través de Resolución Exenta N° 1.751 del 28 de Septiembre del 2018, la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, aprueba para la estructura organizacional del establecimiento de salud en red, la Unidad de Control de Gestión Hospitalaria la que a partir de la Resolución Exenta N°1138 de fecha 10..05.2024 pasa a incorporar funciones de planificación y se renombra como Unidad de Planificación y Control de Gestión, la que tiene como funciones:

- a) Monitoreo y análisis de los siguientes procesos, metas y/o indicadores de gestión:
 - Producción clínica
 - Autogestión Hospitalaria
 - Plan de actividades y plan de inversiones
 - Metas sanitarias
 - Metas de producción y calidad Ley N° 20.707
 - Compromisos de Gestión (COMGES) de responsabilidad del Hospital.

- Convenios de Desempeño de Alta Dirección Pública.
- b) Monitoreo de la definición de las propuestas de planes de mejora de las unidades y servicios relacionados al cumplimiento de las metas del punto anterior.
- c) Velar por la coherencia estratégica del quehacer institucional y el cumplimiento de los compromisos adquiridos, contribuyendo a optimizar el trabajo de la organización.
- d) Diseño y administración un Sistema de Control de Gestión institucional para monitorear el cumplimiento de metas y objetivos y detectar las desviaciones e impactos.
- e) Administración integrada del Sistema de Gestión de Procesos y Riesgos mediante la asistencia técnica y monitoreo en conjunto con las distintas áreas.
- f) Contribución a la implementación de la cultura del Control Interno en la institución.

9.1 Control Interno.

Durante el año 2001 el Congreso Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI) actualizó la guía sobre normas de control interno del año 1992, para incorporar componentes determinados en el Marco Integrado de Control Interno elaborado por el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, COSO, lo que se tradujo en la emisión de la INTOSAI GOV 9100 denominada “Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público”.

La Contraloría General de la República mediante la Resolución Exenta 1962 del 04.10.2022 aprobó las “Normas sobre Control Interno de la Contraloría General de la República”, éstas basadas en la INTOSAI GOV 9100, que incluye fundamentalmente al Marco Integrado de Control Interno que es aplicable al sector público.

El hospital Dr. Ernesto Torres Galdames da cumplimiento a lo instruido por la Contraloría General de República e incorpora entre sus actividades estratégicas el Control Interno, y se entiende como un proceso llevado a cabo por el Director, el Comité Directivo y el resto de los funcionarios, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de aseguramiento razonable en cuanto a la consecución de los objetivos institucionales, relativos a las operaciones, a la información y al cumplimiento. Se entiende el Control Interno como un proceso integrado, dinámico, integrado por 3 objetivos de control, 5 componentes y 17 principios.

OBJETIVOS	COMPONENTES	PRINCIPIOS
Operativos Información Cumplimiento	Entorno de Control	1. El Director, equipo directivo y el resto del personal demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos. 2. El Director ejerce la supervisión del desempeño del sistema de control interno 3. La dirección establece las estructuras, las líneas de reporte, y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos. 4. La organización demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, en alineación con los objetivos de la organización. 5. La organización define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.
	Evaluación de Riesgos	6. La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados. 7. La organización identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la entidad y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar. 8. La organización considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos. 9. La organización identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno.

	Actividades de Control	10. La organización define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos. 11. La organización define y desarrolla actividades de control a nivel de entidad sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos. 12. La organización despliega las actividades de control a través de políticas que establecen las líneas generales del control interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.
	Información y Comunicación	13. La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno. 14. La organización comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del sistema de control interno. 15. La organización se comunica con los grupos de interés externos sobre los aspectos clave que afectan al funcionamiento del control interno.
	Actividades de Supervisión	16. La organización selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del sistema de control interno están presentes y en funcionamiento. 17. La organización evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la alta dirección y el consejo, según corresponda.

9.1.1 Control Interno - Código de Ética y Conducta.

La institución reafirma su compromiso con los objetivos estratégicos y con el Control Interno, propiciando un entorno íntegro y de valores éticos, entregando lineamientos a la comunidad hospitalaria, a través del Código de Ética y Conducta, que se elaboró tendiendo de base la normativa que regula las conductas de los funcionarios del sector público.

La presente Planificación Estratégica declara su misión, visión, valores y objetivos; para sus logros y éxitos es necesario contar con un ordenamiento y regulación interna del actuar de todos los funcionarios hospitalarios, para ello la institución destaca en su Código de Ética y Conducta como elementos relevantes, lo siguiente:

- 1.- Alcance: El Código de Ética y Conducta aplica a todos (as) los funcionarios de la institución, prestadores de servicios, ciudadanía y comunidad en general, consultores, proveedores, personal externo, funcionarios del Servicio de Salud de Tarapacá, funcionarios de otros servicios públicos.
- 2.- Enfoque: El Código de Ética y Conducta es un marco de referencia general respecto del actuar esperado de funcionarios (as)
- 3.- Responsables: Todos (as) los funcionarios de la institución y prestadores de servicios a honorarios.
- 4.- Objetivo Principal: Otorgar un ambiente institucional de aseguramiento para el logro de los objetivos institucionales a través del comportamiento de los funcionarios y prestadores de servicios de la institución.
- 5.- Elementos Orientadores: Planificación Estratégica constituye la base fundante a través de la declaración de la Misión, Visión y Valores, aspectos que orientan el Código de Ética y Conducta.

6.- Aspectos que regula el Código de Ética y Conducta:

Compromisos de Dirección	Compromisos Institucionales	Compromisos de los Funcionarios con la Institución	Compromisos con relaciones externas
• Relación de Respeto entre funcionarios	• Fomento de espacios de confianza entre funcionarios	• Buen uso de Bienes Institucionales	• Prohibido recibir y ofrecer regalos, ni pagos indebidos.
• Rechazo a la Discriminación	• Trato Igualitario	• Cumplir jornada laboral	• No cometer soborno ni cohecho.
• Rechazo al Acoso Sexual y Laboral	• Ambientes Inclusivos	• No tener Conflictos de Interés.	• Cumplir con Ley de Transparencia.

	• Trabajo Colaborativo	• No practicar el Tráfico de Influencias	• Trato igualitario y respetuoso.
	• Espacios Seguros	• Uso correcto de la Información Reservada	• Trabajo eficiente, eficaz, económico y de calidad.
		• No realizar actividades político-electorales dentro de su jornada laboral.	• Compromiso con el Medio Ambiente
		• No cometer Fraude al Fisco	• Compromiso con la Eficiencia Energética
		• Ser probo	• Reciclaje y Ahorro de Recursos

7.- Canales de Consulta y denuncia: Cualquier funcionario puede consultar sobre el contenido del Código de Ética y Conducta, como también denunciar hechos de conflicto ético en la página web www.hospitaliquique.cl

9.1.2 Control Interno – Matriz de Riesgos

La institución en su compromiso por fortalecer el Control Interno en su gestión, establece roles claves a través de la Resolución Exenta N° 1139 del 11 de mayo del 2024, en que se crea el Comité de Riesgos y designa como integrantes a funcionarios en cargos Directivos, entre ellos Director, Subdirectores, Jefa Asesoría Jurídica y como coordinadora a Jefa Unidad de Planificación y Control de Gestión Hospitalario. Entre las funciones más relevantes del Comité de Riesgos podemos mencionar:

- Definir, actualizar y monitorear el cumplimiento de la Política de Gestión de Riesgos del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.
- Recabar y asociar la información necesaria para la priorización de riesgos y formular métodos de sistematización de gestión con orientación a la Planificación Estratégica.
- Implementación, mantención y actualización del Proceso de Gestión de Riesgo Institucional, desarrollando los siguientes instrumentos:
 - a) Matriz de riesgo estratégica
 - b) Ranking de riesgos
 - c) Plan de tratamiento de Riesgos
 - d) Informe de Monitoreo del Plan de tratamiento de riesgos
 - e) Plan de comunicación y consultas
 - f) Informe de resultado de la aplicación del plan de comunicación y consultas
- Conocer y supervisar la implementación de acciones que permitan tener un control razonable sobre:
 1. Señales de alerta de riesgos estratégicos.
 2. Señales de alerta de riesgos financieros.
 3. Señales de alerta de riesgos LA= Lavado de Activos FT= Financiamiento del Terrorismo DF=Delitos Funcionarios.
 4. Asegurar que los riesgos sean considerados en los planes de corto y largo plazo de la institución.
 5. Entregar las directrices para que los planes de respuesta al riesgo sean coherentes con la estrategia de la organización.
 6. Definir, proponer y velar que cada subdirección integre el proceso de cambio al tratamiento de los riesgos y tenga sus referentes actualizados en los procesos.
 7. Sesionar cada 30 días para efectos de control y reportabilidad.

Para delimitar las reglas y conducta de los funcionarios respecto del Riesgo, la institución aprobó, mediante Resolución Exenta N° 1924 del 6 de septiembre del 2024, la Política de Gestión de Riesgos, que tiene una vigencia de 2 años. Entre sus aspectos relevantes e importantes a destacar son:

- 1.- Alcance: Dirección Hospital, Subdirecciones, Servicios y Unidades Clínicas, Unidades Asesoras y de Apoyo.

- 2.- Enfoque: Preventivo y Proactivo, basado en el Documento Técnico N°70 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG).
- 3.- Responsables: Director y Equipo Directivo, Comité de Gestión de Riesgos, Jefaturas, Supervisoras (es) de Servicios Clínicos, Unidades de Apoyo, Unidades Asesoras.
- 4.- Objetivo Principal: Otorgar un ambiente institucional de aseguramiento para el logro de los objetivos institucionales.
- 5.- Herramienta de Gestión: Matriz de Riesgos en formato simplificado, la que debe ser actualizada anualmente.
- 6.- Plan de Tratamiento: Se debe levantar un Plan de Tratamiento frente a una exposición al riesgo mayor o igual a 4.

9.1.3 Control Interno - Ciberseguridad

La Ley 21.663/2024, tiene por objetivo establecer la institucionalidad, los principios y la normativa general que permitan estructurar, regular y coordinar las acciones de Ciberseguridad en los organismos del Estado y de los particulares que prestan servicios a los organismos del estado. En adelante se entenderá como sinónimos de Ciberseguridad y Seguridad de la Información.

Para fortalecer el Control Interno y sus Actividades de Control, con Resolución Exenta N° 1763 del 08 de agosto del 2024 se crea el Comité de Ciberseguridad de la institución, integrado por Director, Subdirectores, encargado de Ciberseguridad, Jefe Depto. Jurídico, Jefe Unidad de Grupo Relacionado a Diagnóstico (GRD), Jefa Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria, Jefe Unidad de Estadísticas y Gestión de la Información, funcionarios encargado de RISPAC. El encargado de Ciberseguridad es el profesional Jefe del Departamento de Informática. La primera tarea del Comité de Ciberseguridad es elaborar la Política de Ciberseguridad de la institución, con la finalidad de que se pongan en práctica en toda la institución medidas que ayuden a mitigar los riesgos asociados a las tecnologías de la información.

10.~ Colaboradores

Los funcionarios en los siguientes cargos participaron en la presente Planificación Estratégica.

- Director
- Subdirector Médico
- Subdirectora Gestión y Cuidado del Paciente
- Subdirector Administrativo
- Subdirector Gestión y Desarrollo de las Personas
- Jefa Oficina Calidad y Seguridad de la Atención
- Jefe Oficina Programa Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
- Jefe Unidad de Auditoría Interna
- Jefa Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria
- Jefe de Docencia e Investigación
- Jefa de Relaciones Laborales
- Jefe Departamento de Informática
- Jefa Unidad Gestión al Usuario
- Jefa Unidad de Comunicaciones y Relaciones Laborales
- Jefa Unidad de Listas de Esperas
- Jefe Unidad de Estadísticas y Gestión de la Información
- Jefe Unidad Análisis Grupo Relacionado a Diagnóstico
- Jefe y Supervisoras Consultorio Adosado de Especialidades
- Jefe y Supervisora Unidad de Emergencia Adulto Infantil
- Coordinadora de Matronería
- Jefe Centro de Responsabilidad Odontológico
- Jefa y Supervisora Unidad de Anestesia y Pabellones
- Jefe y Supervisor Unidad de Gestión de Camas
- Jefe y Enfermera Unidad de Procuramiento de Tejidos y Órganos
- Jefe Unidad de Farmacia y Prótesis
- Jefe y Supervisora Cirugía Mayor Ambulatoria
- Jefe Departamento de Finanzas
- Jefe Departamento de Recursos Físicos
- Jefe Unidad de Mantención
- Jefa Departamento de Capacitación, Formación y Desarrollo de las Personas
- Jefe Departamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental