

# **PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES 2018**



# **PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES**

# **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS**

# **ANDES**

Fecha de Ejecución : Enero a diciembre de 2018.

Evaluación : Anual.

## PLAN DE TRABAJO AÑO 2018, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES

### PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y DESARROLLO

#### OBJETIVOS ESTRATEGICOS:

1. OPTIMIZAR Y FOMENTAR EL USO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN
2. COLABORAR EN EL DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN, EFICIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN.
3. POTENCIAR LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS CLÍNICOS CRÍTICOS.
4. CONSOLIDAR, FORTALECER Y MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Meta	Asociado	Indicador	Actividades	Producto	Periodo	Responsable
Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.	Fortalecer el uso de los sistemas de información implementados por estrategia SIDRA.	100%	EAR A.1.1 COMGES N°18 COMGES N°19	Sistemas de Información en Uso	1.-Reporte de uso de sistemas informáticos.	Certificado de cumplimiento de sistemas en operación y uso dentro del Establecimiento.	Mensual	1.-Jefe Informática.
Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.	Fortalecer el uso de los sistemas de información implementados por estrategia SIDRA.	≥95%	COMGES N°18 COMGES N°19	Uso del Registro Clínico Electrónico y Licencia Médica Electrónica	1.-Reporte de uso de RCE y LME a jefes de servicios.	Aumento en la utilización del RCE por parte de los Médicos del Establecimiento.	Trimestral	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefe Informática.

<p>Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.</p>	<p>Entrega oportuna y con mínimo de errores de Rems.</p>	<p>95%</p>	<p>EAR A.1.1</p>	<p>Entregar de registros estadísticos</p>	<p>1.-Cumplimiento de plazos de entrega de registros fijados por SSA. 2.- Reporte Mensual. 3.-Reuniones de capacitación a responsables de envío de información estadística según indicaciones o modificaciones emanadas desde SSA y DEIS-MINSAL</p>	<p>1.-Cumplimiento de meta de oportunidad y consistencia de la información estadística emitida. 2.-Certificado de Cumplimiento emanado de MINSAL.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Jefe Estadística.</p>
<p>Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.</p>	<p>Contar con información de análisis clínico fidedigna.</p>	<p>100%</p>	<p>N/A</p>	<p>Porcentaje de Codificación GRD en egresos Hospitalarios y en Cirugía Mayor Ambulatoria</p>	<p>1.-Cumplimiento de plazos fijados por Minsal. 2.- Reporte Mensual de información GRD. 3.-Coordinación con Unidad de Estadística mensualmente para cotejar datos entre GRD y REM para que exista coherencia de datos estadísticos.</p>	<p>1.-100% de codificación de los egresos hospitalarios, según informe GRD-MINSAL.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Jefa GRD.</p>

<p>Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.</p>	<p>Utilizar el sistema de costeo estandarizado para el correcto costeo en la institución.</p>	<p>SI</p>	<p>N/A</p>	<p>Uso de Sistema de costeo PERC.</p>	<p>1.-Utilización sistema de costeo PERC. 2.- Utilizar la herramienta GRD para entrega de peso medio y egresos del periodo. 3.- Realizar gestión de costos, de acuerdo al análisis de cada unidad productiva e ingresos de las prestaciones según código GRD. 4.-Establecer mejoras en los centros de costo y producción del establecimiento y sistemas de extracción de información o datos para el costeo.</p>	<p>1.-Certificaco de Cumplimiento de costeo según periodicidad requerida por FONASA-MINSAL. 2.- Informes de Costos del Establecimiento.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Encargado Costos.</p>
---	---	-----------	------------	---------------------------------------	--	---	----------------	-----------------------------

<p>Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.</p>	<p>Potenciar la planificación y programación de las compras del Establecimiento.</p>	<p>≤20%</p>	<p>EAR A.1.4</p>	<p>Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1</p>	<p>1. Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión. 2.-Realización de programación de adquisición de bienes y/o servicios, según presupuesto asignado y vigente para el Establecimiento.</p>	<p>1.-Plan de compras del Establecimiento definido en plataforma Chile compra. 2.-Cumplimiento Meta asignada para el año en curso.</p>	<p>1.- Plan de compras, según indicaciones de periodicidad de Dirección de Compras 2.-Reporte Mensual de estado de indicador.</p>	<p>1.-Subdirectora de Administración y Finanzas. 2.-Jefe Abastecimiento.</p>
<p>Optimizar y fomentar el uso y desarrollo de los sistemas de información disponibles en la institución.</p>	<p>Disminuir las compras por trato directo potenciando los procesos normales de compra pública.</p>	<p>≤20%</p>	<p>EAR A.1.4</p>	<p>Porcentaje de Órdenes de Compra por Trato Directo</p>	<p>1. Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión y realizar programación de adquisición de bienes y/o servicios.</p>	<p>1.-Plan de compras del Establecimiento definido en plataforma Chile compra. 2.-Cumplimiento Meta asignada para el año en curso.</p>	<p>1.- Plan de compras, según indicaciones de periodicidad de Dirección de Compras. 2.-Reporte Mensual de estado de indicador.</p>	<p>1.-Subdirectora de Administración y Finanzas. 2.-Jefe Abastecimiento.</p>

<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Controlar y reducir los problemas de salud funcionaria.</p>	<p>≤18días</p>	<p>EAR B.1.1 COMGES N°16</p>	<p>Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas Curativas.</p>	<p>1. Tener identificadas las unidades o servicios clínicos que presentan un mayor índice de ausentismo laboral.  2.-Identificar y establecer causas de ausentismos, y mantener listado de funcionarios con licencias prolongadas.  3.- informe, que incluya: estado actual del modelo de gestión de ausentismo del establecimiento y desarrollo de dos casos clínico.  4.- Diseñar acciones específicas en promoción, prevención y atención de salud.</p>	<p>1.-Informe de ausentismo que identifique causas y trabajo de bienestar en el área. Informe elaborado y listado de funcionarios con ausentimos proprolongados</p>	<p>1.- Reporte Mensual de licencias médicas curativas en días.  2.-Informe de gestión de ausentismo elaborado en 2°Semestre.  3.Elaboración informe de Ausentismo trimestral.</p>	<p>1.-Subdirectora de Gestión de las Personas.  2.-Jefe Departamento Calidad de Vida Laboral.</p>
--	--	----------------	----------------------------------	--	--	---	---	---

<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Contar con funcionarios capacitados en temas atingentes al cargo o función.</p>	<p>100%</p>	<p>EAR B.1.2 COMGES N°16</p>	<p>Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura.</p>	<p>1.-Realizar cursos de capacitación tendientes a jefes y subrogantes del Establecimiento incorporando materias atingentes en el PAC local para el año correspondiente.  2.-Promoción y publicidad de cursos a desarrollar utilizando medios visuales y electrónicos.</p>	<p>1.-Cursos realizados.  2.-Cumplimiento jefes y subrogantes capacitados</p>	<p>Reporte de avance o ejecución Mensual.</p>	<p>1.-Encargada de Capacitación.</p>
<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Contar con funcionarios capacitados en temas atingentes al cargo o función.</p>	<p>50%</p>	<p>META SANITARIA 18.834</p>	<p>Porcentaje de Funcionarios Capacitados regidos por el estatuto administrativo durante el año en curso.</p>	<p>1.-Control de Avance y cumplimiento del PAC local.  2.-Promoción y publicidad de cursos a desarrollar utilizando medios visuales y electrónicos.</p>	<p>1.- Cumplimiento Funcionarios ley 18.834 y jefes y subrogantes capacitados</p>	<p>Reporte de avance o ejecución Trimestral.</p>	<p>1.-Encargada de Capacitación.</p>



<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Contar con diagnóstico sobre calidad de vida laboral. Diseño y sociabilización sobre plan de mejora de calidad de vida funcionaria.</p>	<p>100% Ejecución del plan.</p>	<p>COMGES N°16</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento del plan de calidad de vida laboral con metodología participativa.</p>	<p>1.-Ejecución de las actividades del plan trienal según lo contemple la programación de este.</p>	<p>1.-Plan ejecutado 100%.</p>	<p>Semestral.</p>	<p>1.-Jefe Departamento de Calidad de vida laboral.</p>
--	--	---------------------------------	--------------------	--	---	--------------------------------	-------------------	---

<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Actualizar, difundir y profundizar el proceso de inducción y orientación del establecimiento.</p>	<p>100%</p>	<p>N/A</p>	<p>Porcentaje de Funcionarios/as Contratados (Proceso Reclutamiento y Selección. Reemplazos superior a 3 meses) con Inducción.</p>	<p>1.-Contar con un área de desarrollo organizacional que potencia la generación de concursos para ingresos al Establecimiento. 2.-Elaborar documento de inducción para el personal. 3.-Programar inducción para funcionarios que ingresen a laborar en el Establecimiento.</p>	<p>1.-Programar inducción dentro de las actividades anuales del Establecimiento. 2.-Inducción realizada a la totalidad de los funcionarios que ingresen al Establecimiento por las vías de contratación dispuesta y vigente según normativa, en un 100%.</p>	<p>Semestral.</p>	<p>1.-Subdirectora de Gestión de las Personas.</p>
<p>Colaborar en el desarrollo de la motivación, eficiencia y conocimiento de Los trabajadores de la institución.</p>	<p>Realizar Diagnóstico en ítem 21 del Control de Gastos Área Recursos Humanos en áreas pertinentes.</p>	<p>Cumplimiento de Reporte Mensual y programación del duodécimo para gasto.</p>	<p>N/A</p>	<p>Ejecución del 100% de la Glosa del Subtitulo N°21 del ítem presupuestario.</p>	<p>1.-Reporte mensual de la ejecución de ítem presupuestario. N°21 para llevar el control de la ejecución de este ítem.</p>	<p>1.-Planilla de reporte mensual</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Encargada de Honorarios.</p>

Potenciar la mejora continua de los procesos clínicos críticos.	Contar con mejora continua de los procesos clínicos mediante un programa anual.	100%	EAR C.1.1	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión Clínica definido en la Planificación Estratégica.	1.-Generación del plan anual. 2.-Cumplimiento de actividades del plan. 3.-Evaluación anual del plan.	1.-Control de actividades programadas en el plan. 2.-Actas de reunión y presentaciones.	Mensual.	1.-Subdirector Médico.
Consolidar, fortalecer y mejorar el sistema de gestión de calidad y Seguridad de la atención.	Fortalecer la calidad y seguridad asistencial.	100%	EAR D.1.1 COMGES N°21	Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación	1.-Realización de autoevaluaciones semestrales. 2.-Programación de acompañamiento y capacitación a encargados de calidad. 3.-Alimentación del sistema SISQ – CALIDAD.	1.-Informes de autoevaluación. 2.-Capacitaciones realizadas. 3.-SISQ actualizado con información periódica correspondiente.	Anual	1.-Dirección. 2.-Encargada de Calidad.

## PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS

### OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. CONTROLAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS FINANCIEROS CRÍTICOS.
2. FORTALECER LOS PROCESOS CLÍNICOS, DE APOYO Y LOGÍSTICOS.
3. UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN.
4. APLICAR PROCESOS CLÍNICOS QUE PERMITAN RESGUARDAR LA ATENCIÓN DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD AL USUARIO.
5. INSPECCIONAR Y VERIFICAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Meta	Asociado	Indicador	Actividades	Producto	Periodo	Responsable
Controlar y optimizar los procesos financieros críticos.	Resguardar los recursos financieros del Establecimiento.	Deuda 0 al final del periodo.	EAR A.2.1 COMGES N°23	Porcentaje de Disminución de la deuda	1.- Establecer un presupuesto acorde a los ingresos. 2.- Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. 3.- Establecer políticas de contención de gastos.	No contar con deuda mayor a 60 días al finalizar el año en curso	Mensual	1.-Subdirectora de Administración y Finanzas

Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Resguardar los recursos financieros del Establecimiento.	100%	EAR A.2.4	Porcentaje de Prestaciones Costeadas	1.-Utilización del Sistema PERC en un 100% 2-Codificación GRD de un 100%	1.-Certificado de uso Perc y de uso GRD más porcentaje de codificación. 2.-Informes Minsal de cumplimiento de envío de información.	Mensual	1.-Jefe Control de Gestión. 2.-Encargado Costos. 3.-Jefa GRD.
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Resguardar los recursos financieros del Establecimiento.	≥90%	EAR A.2.3	Porcentaje de Devengamiento oportuno de facturas	1.- Realizar programación de pago a proveedores. 2.-Establecer disponibilidad de recursos según la programación de pago a proveedores. 3.-Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de la factura, desde su recepción hasta el pago.	1.-Cumpimiento Meta. 2.-Reportes Chile paga con indicación porcentaje de Devengamiento. 3.-Completiud del proceso de facturas (timbres de control) y planilla propia completa.	Mensual	1.-Subdirectora de Administración y Finanzas. 2.-Jefe Finanzas. 3.-Jefe Abastecimiento.

Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Promover y aumentar la CMA.	≥25%	EAR B.2.1.1 COMGES N°5	Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años.	1.-Reunión(es) planificación y coordinación CMA. 2.-Mantener Sala exclusiva de CMA con insumos y personal a cargo. 3.-Información de ejecución y cumplimiento mensual.	1.-Aumento de CMA.	Mensual	1.-Subdirector Médico.
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Gestionar Atención en Unidad de Emergencia del Hospital.	100%	EAR B.2.1.2 COMGES N°8	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria.	1.-Monitorización de sistema informático de categorización presente en SDM y UEH. 2.-Capacitación en nuevo sistema de categorización de los funcionarios de UEH del Establecimiento en implementación y Uso.	Reportes Mensuales de Categorización.	Mensual	1.-Jefe Finanzas.

Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Gestionar Atención en Unidad de Emergencia del Hospital.	No superar tiempos de espera por cama >12hrs.  100%	EAR B.2.1.3	Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH.	1.-Coordinación del área de UEH con área Hospitalizados. 2.-Fomentar el uso de sistema UGCC para derivaciones.	Reportes Mensuales de oportunidad de hospitalización.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefe UEH. 3.-Jefes Servicios Clínicos.
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Disminuir las consultas espontáneas de casos de baja complejidad (ESI 4 y ESI 5) en las unidades de emergencia hospitalaria.	≥5% respecto 2018	COMGES N°8	Porcentaje de disminución de pacientes categorizados C4 y C5 adulto y pediátricos.	1.-Monitorización de sistema informático de categorización presente en SDM y UEH. 2.-Reportes Mensuales de Categorización. 3.- Potenciar el trabajo en Red mediante programación de reuniones locales con APS.	Plan de Trabajo y estrategias evaluadas como SS para disminución pacientes categorizados ESI 4-ESI 5 en los hospitales de alta complejidad	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefe UEH.

Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Gestionar la dispensación de medicamentos.	99,50%	EAR B.2.2.1	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.	<p>1.-Dar aviso oportuno de quiebres de Stock para buscar alternativas de compra.</p> <p>2.-Mantener stock de medicamentos para cumplir con el despacho.</p> <p>3.-Control mensual de los despachos totales y parciales.</p>	Cumplimiento de meta.	Mensual	1.-Jefa Farmacia
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Gestionar la dispensación de medicamentos.	95%	N/A	Porcentaje de Implementación Dosis Diaria	<p>1.-Mantener camas del Establecimiento operativas.</p> <p>2.-Cumplimiento de indicaciones en protocolo local.</p>	Cumplimiento de meta.	Mensual	1.-Jefa Farmacia



Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Gestionar la dispensación de medicamentos.	≥ 95%	EAR B.2.2.3	Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico	1.-Actualizar Arsenal del Establecimiento. 2.-Mantener un reporte de solicitudes de incorporaciones y eliminaciones. 3.-Control sobre fármacos comprados fuera del Arsenal.	Cumplimiento de meta.	Mensual	1.-Jefa Farmacia
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Asegurar las prestaciones médicas asociadas a la utilización de Equipos Médicos.	100%	EAR B.2.2.4 ÁMBITO CALIDAD EQ.	Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos.	1.-Generar plan anual de mantenencias. 2.-Mantener registro de vida útil de equipamiento y catastro de equipos. 3.-Cumplimiento del plan anual según carta Gantt.	Cumplimiento 100% de mantención preventiva a equipos críticos del Establecimiento.	Mensual	1.-Jefe Operaciones.
Fortalecer los procesos clínicos, de apoyo y logísticos.	Optimizar la respuesta de insumos a la demanda interna y evitar obsolencia de sobre stock.	≥10	N/A	Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM).	1.-Llevar control de los DM mensualmente.	1.-Planilla mensual de rotación en DM.	1.-Mensual	1.-Jefe Abastecimiento.

Utilizar eficientemente los recursos de la institución.	Mejorar la coordinación del acto quirúrgico programado, entregando calidad y satisfacción.	≤10%	EAR B.2.3.1	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.	1.-Monitorización Mensual. 2.-Tratar suspensión en reuniones clínicas. 3. Monitoreo y gestión lista de espera.	Cumplimiento Meta.	Mensual	1.-Subdirector Médico 2.-Jefa Pabellón
Utilizar eficientemente los recursos de la institución.	Utilizar eficientemente el recurso cama, instalaciones y servicios.	≤1	EAR B.2.3.2	Promedio de Días de Hospitalización Pre quirúrgicos.	1.-Tratar casos con días prolongados en reuniones, Monitorización Mensual. 2.-Informe GRD con casos de Estancias prolongadas por Especialidad para análisis de casos.	Cumplimiento Meta.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefes de servicios clínicos.
Utilizar eficientemente los recursos de la institución.	Mejorar el rendimiento de la producción.	≥1%LB	EAR B.2.3.3	Rendimiento de las Horas Contratadas.	1.-Llevar control de la dotación efectiva. 2.-Llevar control de la producción. 3.-Análisis de Causas de producción y dotación trimestralmente.	Cumplimiento Meta.	Mensual	1.-Dirección.

Utilizar eficientemente los recursos de la institución.	Utilizar eficientemente el recurso cama, instalaciones y servicios.	≤8%	EAR B.2.3.4	Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3.	1.-Revisión del proceso de categorización. 2.-Reporte mensual de la categorización de riesgo dependencia.	1.-Reporte Mensual 2.-Cumplimiento meta. 3.-Plan de mejora sobre proceso de categorización.	1.-Mensual 2 y 3.-2º semestre.	1.-Subdirección de Enfermería.
Aplicar procesos clínicos que permitan resguardar la atención de calidad y de seguridad al usuario.	Contribuir a aumentar la calidad y seguridad del paciente.	100%	EAR D.2.1	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría	1.-Elaboración del plan anual 2.-Realización de las actividades programadas en el plan, lo que conllevará al cumplimiento del plan anual.	Reportes mensuales del cumplimiento del plan anual.	Mensual	1.-Auditor Administrativo y Médico.
Inspeccionar y verificar el correcto cumplimiento de los procesos Internos de la institución.	Revisar procesos críticos en la institución.	90%	EAR D.2.2	Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría	1.-Generación de planes de mejora producto de auditoría realizada. 2.-Control sobre el cumplimiento de los plazos fijados para planes de mejora.	Reportes mensuales y cumplimiento de las mejoras instauradas.	Mensual	1.-Auditor Administrativo y Médico.

## PERSPECTIVA FINANCIERA

### OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. MANTENER CONTROL DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL.
2. EFECTUAR MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN.
3. CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE ESTANCIA DE LOS USUARIOS EN EL RECURSO CAMA DEL ESTABLECIMIENTO.
4. DISMINUIR Y/O REDUCIR LOS COSTOS PRODUCIDOS POR LA NO CALIDAD.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Meta	Asociado	Indicador	Actividades	Producto	Periodo	Responsable
Mantener control del presupuesto institucional.	Tender a la ecuanimidad y armonía de ingresos y gastos del presupuesto del Establecimiento.	≤1,0	EAR A.3.1	Equilibrio Financiero	1. -Establecer un presupuesto acorde a los ingresos. 2.- Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. 3.- Establecer políticas de contención de gastos.	1.-Mantener Equilibrio Financiero.	Mensual	1.-Subdirectora de Administración y Finanzas.

Mantener control del presupuesto institucional.	Resguardar los recursos financieros del Establecimiento.	≤60 días	EAR A.3.2	Gestión de Pago Oportuno de Facturas	1.-Realizar programación de pago a proveedores. 2.- Establecer disponibilidad de recursos según la programación de pago a proveedores. 3.-Definir y establecer procesos sobre la trazabilidad de la factura, desde su recepción hasta el pago.	1.-Completitud planilla de facturas 2.-Contar con disponibilidad presupuestaria. 3.-Reporte Mensual.	Mensual	1.-Subdirectora de Administración y Finanzas.
Mantener control del presupuesto institucional.	Resguardar los recursos financieros del Establecimiento.	≥5% L.B	EAR A.3.3	Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios	1.- Actualizar el proceso de cobranza de ingresos propios. 2.- Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar. 3. -Incrementar la recuperación de licencias médicas curativas. 4.- Actualizar aranceles para la atención de personas no beneficiarias de la Ley 18.469.	1.-Cumplimiento de meta respecto a recaudación de ingresos del año anterior.	Mensual	1.-Subdirectora de Administración y Finanzas.

Efectuar mejoramiento de la productividad de la institución.	Optimizar la gestión de camas.	$80\% \leq X \leq 90\%$	N/A	Índice Ocupacional.	1.-Optimizar la gestión de camas. 2.-Coordinación de los procesos de coordinación intra y extra red, para la derivación de pacientes.	1.-Reporte Mensual 2.-Mantener un índice ocupacional sobre el 80%	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Subdirectora de Enfermería.
Efectuar mejoramiento de la productividad de la institución.	Optimizar la continuidad en la atención de camas críticas.	$\geq 98\%$	EAR B.3.2	Porcentaje de Camas Críticas Disponibles	1.-Monitorear constantemente la disponibilidad de las camas críticas. 2.- De existir camas fuera de servicio implementar plan de mejora.	1.-Reporte mensual de camas fuera de servicios. 2.-Plan de mejora (si corresponde)	Mensual	1.-Subdirectora de Enfermería.
Efectuar mejoramiento de la productividad de la institución.	Utilizar eficientemente el recurso pabellón.	$\geq 85\%$	N/A	Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos.	1.-Mejorar coordinación área quirúrgica y pabellones. 2.-Programación y gestión de tabla quirúrgica diaria. 3.-Gestión de los recursos disponibles en pabellones quirúrgicos.	1.-Reunión Tabla Quirúrgica semanal para mejorar coordinación y programación. 2.-Mantener Stock de insumos en pabellón.	Mensual	1.-Subdirector Médico 2.-Subdirectora de Administración y Finanzas.

Efectuar mejoramiento de la productividad de la institución.	Utilizar eficientemente las horas laborales de los funcionarios.	≤5%LB	N/A	Gasto en Horas Extraordinarias.	1.-Realizar un levantamiento de información que permita identificar las unidades o servicios que lideran el gasto en horas extraordinarias. 2.-Planificación de horas extraordinarias.	1.-Disminución del gasto en pago de horas extras. 2.-Solicitud de correlativos para 4ºturnos en áreas clínicas donde no existe.	1.-Reporte Mensual 2.-Gestiones y levantamiento 2ºsemestre.	1.-Subdirectora de Gestión de las Personas.
Controlar el comportamiento de estancia de los usuarios en el recurso cama del establecimiento.	Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento.	≤1	EAR C.3.1 METAS PRODUCCIÓN Y CALIDAD LEY 27.707	Índice Funcional.	1.-Monitorear estancias prolongadas. 2.-Informe mensual GRD para gestión de casos de Jefes de Servicios Clínicos.	1.-Reporte GRD con casos para gestión de servicios clínicos.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefa GRD. 3.-jefes de Servicios Clínicos.
Controlar el comportamiento de estancia de los usuarios en el recurso cama del establecimiento.	Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento.	≤6,5%	EAR C.3.2	Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior.	1.-Monitorear estancias prolongadas. 2.-Informe mensual GRD.	1.-Reporte GRD con casos para gestión de servicios clínicos.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefa GRD.

Controlar el comportamiento de estancia de los usuarios en el recurso cama del establecimiento.	Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento.	≤6 días	N/A	Promedio días estada.	1.-Monitorear estancias prolongadas. 2.-Informe mensual GRD.	1.-Reporte GRD con casos para gestión de servicios clínicos. 2.-Reporte semanal de Subdirectora de enfermería a Subdirector médico para gestión de altas tempranas.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefa GRD.
Disminuir y/o reducir los costos producidos por la no calidad.	Analizar, revisar y mejorar elementos para la seguridad del paciente.	≤4%	-EAR D.3.1 -METAS PRODUCCIÓN Y CALIDAD LEY 27.707	Porcentaje de Re intervenciones Quirúrgicas no Programadas.	1.-sistema de registro de las re intervenciones no planificadas. 2.-Realizar análisis de las re intervenciones.	1.-Reporte de casos y análisis.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefes de Servicios Clínicos.



## PERSPECTIVA USUARIOS.

### OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. MEJORAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS.
2. FOMENTAR LA RESPUESTA DE RECLAMOS Y PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA INSTITUCIÓN.
3. IMPULSAR UNA ARTICULACIÓN ACTIVA CON LA RED EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.
4. OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS RESGUARDANDO SU SEGURIDAD Y DIGNIDAD, Y REDUCIENDO COSTOS.
5. ENTREGAR ATENCIÓN AL USUARIO MEDIANTE UNA BUENA SATISFACCIÓN Y CONFORT.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Meta	Asociado	Indicador	Actividades	Producto	Periodo	Responsable
Mejorar los tiempos de respuesta ante la demanda de atención de los Usuarios.	Garantizar la atención en consultas médicas de especialidad de los usuarios del Establecimientos.	≥95%	EAR A.4.1 COMGES N°7	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista	1.-Mejora en el proceso de elaboración de horarios médicos. 2.-Gestión de los usuarios que no se presentan a la consulta médica (NSP) y Coordinación con APS. 3.-Mantener personal para confirmación de horas médicas. 4.-Compra de Servicios para reducción de brechas en consultas médicas.	1.-Cumplimiento de la programación estimada.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefes Servicios Clínicos. 2.-Jefe SOME.

Mejorar los tiempos de respuesta ante la demanda de atención de los Usuarios.	Garantizar atención y tratamiento para usuarios GES.	100%	-EAR A.4.2 -METAS SANITARIAS LEY 18.834 Y 19.664	Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE	1.-Registro oportuno en SIGGES de la información asociada a la gestión de garantías. 2.-Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad. 3.-Gestión y cumplimiento de la actividad clínica según periodicidad.	1.-Reporte Mensual	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Jefe SOME. 3.-Jefa Unidad GES.
Mejorar los tiempos de respuesta ante la demanda de atención de los Usuarios.	Disminuir de Tiempos de Espera para Intervenciones Quirúrgicas.	0% ≤2015	EAR A.4.3 COMGES N°3	Reducir el tiempo de espera por una Intervenciones Quirúrgicas, egresando todas las personas ingresadas con fecha anterior al corte anual	1.-Identificar las brechas causales de la lista de espera quirúrgica. 2.-Monitoreo y gestión lista de espera. 3.-Implementar un sistema de priorización de pacientes. 4.-Plan de optimización de pabellón	1.-Reporte Mensual. 2.-Establecer una priorización de pacientes. 3.-Reporte de tablas quirúrgicas a SDM y coordinación-programación en reuniones de tablas quirúrgicas.	Mensual	1.-Subdirector Médico. 2.-Encargada de Lista de Espera Quirúrgica.

					quirúrgico y Compra de Servicios quirúrgicos para reducción de brechas.			
Mejorar los tiempos de respuesta ante la demanda de atención de los Usuarios.	Disminuir Tiempos de Espera para Consultas de Especialidad.	0% ≤2016	COMGES N°3	Reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad, egresando todas las personas ingresadas con fecha anterior al corte anual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Identificar las brechas causales de la lista de espera.</li> <li>2.-Monitoreo y gestión lista de espera.</li> <li>3.-Implementar un sistema de priorización de pacientes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Reporte Mensual.</li> <li>2.-Establecer una priorización de pacientes.</li> <li>3.-Generar compra de brechas en consultas en especialidades con mayor tiempo de espera.</li> <li>4.-Generar actualización de datos de usuarios.</li> </ol>	Mensual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Subdirector Médico.</li> <li>2.-Jefe Some.</li> <li>3.-Jefe Admisión.</li> </ol>

<p>Fomentar la respuesta de reclamos y participación del ciudadano en la Institución.</p>	<p>Contestar oportunamente a los reclamos generados por los usuarios.</p>	<p>100%</p>	<p>EAR B.4.1 COMGES N°9</p>	<p>Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente.</p>	<p>1.-Monitoreo del sistema OIRS. 2.-Gestionar respuestas efectivas y con calidad. 3.-Capacitación en trato, a los funcionarios que tengan contacto directo con el usuario. 4.-Generar instancias de felicitaciones para Servicios y/o unidades más felicitadas.</p>	<p>1.-Cumplimiento de plazos de respuestas. 2.-Capacitaciones programadas y realizadas en trato. 3.-Informe de Felicitaciones. 4.-Realizar informes de gestión de solicitudes ciudadanas cuatrimestralmente.</p>	<p>1.-Monitoreo Mensual 2.- Capacitación e informe realizado.</p>	<p>1.-Encargada OIRS.</p>
<p>Fomentar la respuesta de reclamos y participación del ciudadano en la Institución.</p>	<p>Generar instancias de participación para la comunidad y/o usuarios.</p>	<p>100%</p>	<p>EAR B.4.2 COMGES N°9</p>	<p>Participación Ciudadana.</p>	<p>1.-Programar y cumplir plan anual del Consejo Consultivo de Usuarios 2.-Procurar participación del Director del Establecimiento.</p>	<p>1.-Cumplimiento Plan anual aprobado con Resolución y actividades del plan ejecutadas.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Jefa Participación y Servicio Social.</p>

<p>Impulsar una articulación activa con la red en la referencia y Contrareferencia.</p>	<p>Mejorar el acceso y oportunidad de atención en interconsultas para los usuarios de la red.</p>	<p>≥30%</p>	<p>EAR C.4.1 COMGES N°4 - N°6</p>	<p>Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades.</p>	<p>1.-Envío de contrarreferencias oportunamente. 2.-Gestionar el ausentismo de usuarios 3.-Establecer en la programación de consultas un porcentaje de atención del 30%.</p>	<p>1.-Reporte de Contrareferencia y pertinencia 2.-Programación y horarios médicos fijado en un 30% para consultas nuevas. 3.-Reporte mensual.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Subdirector Médico. 2.-Jefe Some. 3.-Jefe Admisión 4.-Jefe Control de Gestión.</p>
<p>Optimizar la calidad de los procesos de atención a los usuarios Resguardando su seguridad y dignidad, y reduciendo costos.</p>	<p>Aumentar la eficiencia y reducir costos otorgando mayor calidad en las prestaciones asistenciales.</p>	<p>META MINSAL</p>	<p>-Indicador de Seguridad de Calidad.</p>	<p>Pacientes con Ulceras o Lesiones por Presión.</p>	<p>1.-Monitoreo activo de UPP y análisis de incidencia por servicio clínico. 2.-Realizar evaluación permanente de las medidas de prevención aplicadas a los pacientes valorados con mediano y alto riesgo de tener UPP.</p>	<p>1.-Informes semestrales de monitoreo y aplicación de medidas para mejoras.</p>	<p>Semestral</p>	<p>1.-Subdirectora de Enfermería.</p>

<p>Optimizar la calidad de los procesos de atención a los usuarios Resguardando su seguridad y dignidad, y reduciendo costos.</p>	<p>Aumentar la eficiencia y reducir costos otorgando mayor calidad en las prestaciones asistenciales.</p>	<p>Reingresos Pacientes Adultos <math>\leq 0,69\%</math> y Reingreso Pacientes Pediátricos <math>\leq 1,51\%</math></p>	<p>EAR D.4.2</p>	<p>Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor.</p>	<p>1.-Identificar y caracterizar la casuística que reingresa en un plazo menor de 7 días y sus causalidades.</p>	<p>1.-Reporte de sistema GRD con casos de reingresos para análisis de casos.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Subdirector Médico. 2.-Jefa GRD</p>
<p>Entregar atención al usuario mediante una buena satisfacción y confort.</p>	<p>Fortalecer la información, el acompañamiento y la satisfacción usuaria.</p>	<p>100% (10 medidas)</p>	<p>EAR D.4.3</p>	<p>Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo.</p>	<p>1.-Difusión de las medidas en las unidades de atención a pacientes y lugares de afluencia de personas (afiches, cartillas educativas, y otros medios locales de difusión). 2.-Disposición de las condiciones físicas en los servicios clínicos, que permitan el cumplimiento de las medidas.</p>	<p>1.-Reporte semestral de cumplimiento de medidas</p>	<p>Semestral</p>	<p>1.- Subdirección de Gestión del Usuario.</p>

<p>Entregar atención al usuario mediante una buena satisfacción y confort.</p>	<p>Conocer la opinión de los usuarios para realizar mejoras.</p>	<p>80%</p>	<p>-EAR D.4.4 -COMGES N°9</p>	<p>Porcentaje de Satisfacción Usuaría en Urgencia y Área Ambulatoria.</p>	<p>1.- Aplicar mensualmente encuesta de satisfacción en áreas ambulatorias. 2.- Informe a lo menos semestral de resultados y gestión sobre aspectos falentes que entregue el análisis de resultados.</p>	<p>1.-Aumento de la satisfacción usuaria en el área ambulatoria según meta establecida.</p>	<p>Mensual</p>	<p>1.-Subdirección de Gestión del Usuario.</p>
--	--	------------	-----------------------------------	---	--	---	----------------	--