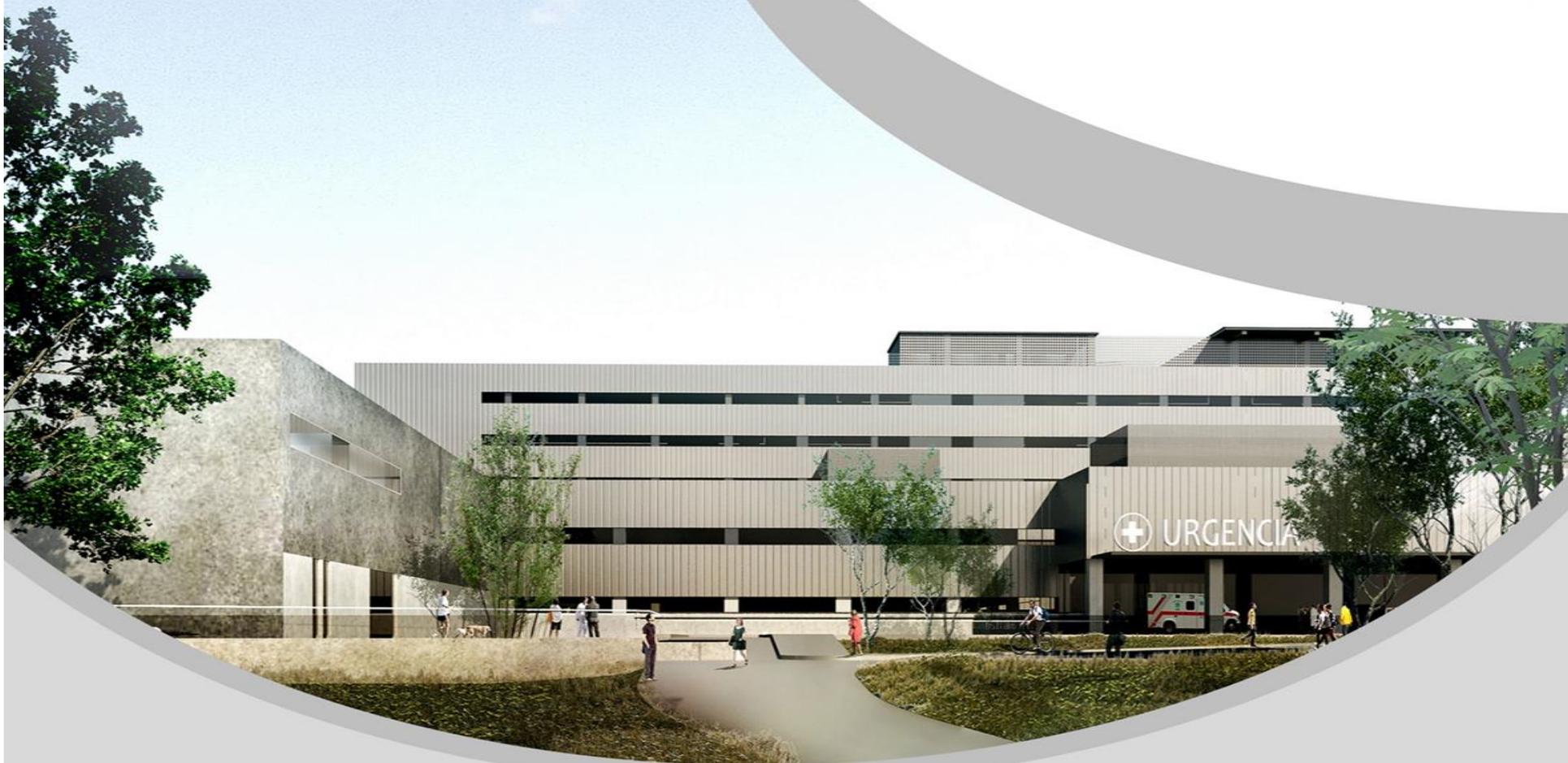




SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA
UNIDAD DE CONTROL DE GESTIÓN / IOH – V1



Plan Estratégico 2022

HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA

INDICE

1.- PRESENTACIÓN PLAN ESTRATEGICO 2020 - 2021	4
3.- NUESTRO HOSPITAL ACTUAL	14
4.- EQUIPO DIRECTIVO	15
5.- ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL	16
6.- CARTERA DE SERVICIOS	17
7.- PLAN ESTRATEGICO HOSPITAL QUILLOTA.....	18
7.1. MISIÓN DEL HOSPITAL	18
7.2.- VISIÓN DEL HOSPITAL.....	18
7.3.- VALORES DEL HOSPITAL	18
7.4.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS.....	19
7.5.- POLITICAS INSTITUCIONALES	20
7.5.1.- POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS.....	20
7.5.2.- POLITICAS DE SATISFACCIÓN USUARIA.....	22
7.5.3.- POLITICAS DE GESTIÓN FINANCIERA.....	23

7.5.4.- POLITICAS DE GESTIÓN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
7.6.- PLANES DE ACCION OBJETIVOS ESTRATEGICOS	26
7.6.1.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 1	26
7.6.2.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 2	29
7.6.3.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 3.....	30
7.6.4.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 4.....	33
7.6.5.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 5.....	34
7.6.6.- METAS OBJETIVO ESTRATEGICO 6.....	35
7.6.7.- PLAN RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS.....	37
SISTEMA DE COBRO	37
SISTEMA DE FACTURACIÓN	39
SISTEMA DE COBRANZA.....	40
TIPOS DE PROCEDIMIENTOS DE COBRANZA	41
METODOS DE EVALUACIÓN	42
PROCEDIMIENTO DE SOLICITAR Y RESOLVER CONDONACION DE COPAGOS POR PRESTACIONES EN MODALIDAD DE ATENCION INSTITUCIONAL.....	43

PROCEDIMIENTO DE COBRO EXTRAORDINARIO DE DEUDAS POR ATENCIONES DE SALUD DE LA RETENCION DE IMPUESTO REALIZADO POR LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA	44
7.6.8.- PLAN DE ACTIVIDAD AUDITORIA INTERNA	48
7.6.9.- SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN	52
7.6.10.- UNIDAD DE JURIDICA.....	54
7.6.11.- UNIDAD PUESTA EN MARCHA.....	56

1.- PRESENTACIÓN PLAN ESTRATEGICO 2022

El presente plan estratégico corresponde al periodo 2020-2021 del Hospital San Martín de Quillota, da cuenta de los principales desafíos que el equipo directivo se propone para este periodo bianual, considerando que nos encontramos con un hospital que está en proceso de transición, organizando el cambio a una nueva infraestructura, con mayores dimensiones, con un mayor número de funcionarios, con tecnología más moderna y con los grandes desafíos que significa un Modo distinto de Hacer. Todo el equipo de trabajo, enfrentaremos muchos desafíos, y requerirá de un gran compromiso de parte de todos los integrantes de esta familia hospitalaria.

La planificación de este período se sustenta en los cuatro Objetivos sanitarios para Chile 2010-2020:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1.- Disminuir la desigualdad en salud | 2.- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias |
| 3.- Mejorar la salud de la población | 4.- Aumentar la satisfacción de la población. |

Lo que se traduce en los en los siguientes objetivos y medidas del plan de gobierno 2018 – 2022 en el área de la salud:

1.- Reducción de listas de espera.

- Crear Registro Unificado de Pacientes en lista de espera a nivel nacional y fijar tiempos máximos de espera para enfermedades no AUGÉ en conjunto con las sociedades científicas.

- Implementar el Bono de Atención Tú Eliges, a través de un nuevo Semáforo de la Salud que alerte a los pacientes cuando se produzcan retrasos en las atenciones y permita acudir a otro centro de atención acreditado, ya sea público o particular en convenio con Fonasa.
- Crear AUGE Mayor, para facilitar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención en salud de los adultos mayores, así como el agendamiento y la entrega de medicamentos.
- Mejorar los modelos de gestión, para incrementar las capacidades y eficacia del personal y equipos médicos, tecnologías y pabellones quirúrgicos de hospitales.

2.- Reforma a la salud primaria: consultorios y Cesfam modernos y resolutivos.

- Fortalecer la atención primaria dándole mayor poder de resolución de los problemas de salud. Elevar las competencias y crear carrera de especialidad para médicos de atención primaria.
- Creación de unidades médicas de especialidad de mayor déficit: otorrinolaringología, anestesiología, traumatología, oftalmología y atención odontológica.
- Nuevo Portal Ciudadano de Salud www.misalud.gob.cl para, entre otros, toma de horas online y revisión de exámenes.
- Implementar Ficha Clínica Online para todos los ciudadanos, accesible desde cualquier centro de salud, y un Programa Nacional de Telemedicina, que mediante las nuevas tecnologías conecte al paciente con su médico de atención primaria y el médico especialista.
- Potenciar la participación comunitaria incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud y desarrollando proyectos multisectoriales hacia la comunidad.
- Creación de red de consultorios y centros de salud familiar de alta calidad.

3.- Reforma al modelo de atención: salud digna y oportuna.

- Reorganizar la atención de salud, mediante las siguientes innovaciones institucionales:
- Transformar la Subsecretaría de Redes Asistenciales en una entidad independiente, con un Directorio Nacional de Atención de Salud Pública elegido por Alta Dirección Pública. Su función principal será monitorear el funcionamiento de la red de prestadores estatales y designar, evaluar y remover a los gobiernos superiores de los Servicios de Salud y hospitales, cuando corresponda.
- Modernizar los Servicios de Salud, incluyendo cambios a sus estructuras administrativas y gobiernos corporativos, los que se renovarán en función del desempeño y con independencia del ciclo político. Los servicios contarán con directores ejecutivos que dependerán de los directorios y su objetivo central será mejorar la atención de los usuarios.
- Fortalecer el rol del Ministerio de Salud como ente rector de las políticas de salud, fortaleciendo las capacidades de planificación sanitaria, así como de diseño y evaluación de políticas públicas. o Fortalecimiento de la evaluación de tecnología sanitaria, como instrumento para mejorar y transparentar la toma de decisiones en salud.
- Fortalecer y extender el programa de vacunas.
- Crear una Red Nacional de Urgencia y crear un Centro de Coordinación de Rescate en Línea: Junto a Usted 24/7 a lo largo de Chile.

4.- Modernización de la infraestructura sanitaria:

- Hospitales Públicos para el Siglo XXI: 30 nuevos hospitales que aportarán 7 mil camas al sistema público de salud, de las cuales 3 mil serán nuevas, en un plazo de 6 a 8 años. El plan incluye empoderar a los hospitales para que puedan dar un mejor servicio a sus pacientes, dotándolos de todas las atribuciones, especialmente en el ámbito financiero y de recursos humanos, para lograr ese objetivo.

- Impulsar 120 nuevos centros de salud primaria.
- Retomar el programa “Mi hospital se pone a punto” y crear uno nuevo denominado “Mi consultorio se pone a punto”, para mejorar las instalaciones y comodidades de la infraestructura existente.
- Modernizar Fonasa desde la lógica de un fondo a una de seguro. El foco estará puesto en la entrega de los servicios comprometidos de manera oportuna y con la mejor calidad posible.
- Impulsar una nueva gobernanza mediante un directorio técnico y avanzar desde el financiamiento de instituciones hacia el de soluciones de salud para los usuarios.
- Mejorar los métodos de pago ajustando por riesgo, incluyendo mecanismos asociados a desempeño.
- Modernización de la gestión, introduciendo fuertemente las nuevas tecnologías.
- Avanzar en la ampliación de las posibilidades de elección de los usuarios del Fonasa, para permitir que las personas tengan acceso a más y mejores atenciones de salud.
- Reformar gradualmente los esquemas de seguros para avanzar hacia un sistema que garantice asequibilidad, competencia, transparencia y libre afiliación poniendo fin a las preexistencias.
- Terminar con las discriminaciones en el acceso por edad, género o preexistencias en Isapres, mediante la creación de un Plan de Salud Universal.
- Crear un sistema que estimule a independientes e informales a cotizar para salud.
- Avanzar a mediano plazo hacia un nuevo seguro social de salud, con un plan base para todos los chilenos, independiente del sistema previsional.
- Fortalecer el uso de la licencia médica electrónica y terminar con su uso fraudulento.

5.- Rebaja del precio de los medicamentos: más competencia y transparencia.

- Introducir más competencia en la industria de laboratorios y farmacéutica y potenciar el uso de medicamentos genéricos bioequivalentes.
- Nuevo comparador online de precios www.tufarmacia.gob.cl, para que todas las personas sepan en qué farmacia pueden encontrar los medicamentos más baratos del mercado, incluyendo las alternativas de genéricos bioequivalentes disponibles.
- Observatorio nacional e internacional de medicamentos y otros dispositivos médicos.
- Nuevo canal directo de compras públicas y creación de unidad de importaciones directas en CENABAST.
- Perfeccionar la ley Ricarte Soto redefiniendo el método de priorización, incorporando el riesgo vital y mejorando el registro de pacientes.

6.- Bienestar y cultura de vida sana.

- Revitalizar el programa Elige Vivir Sano para promover una cultura de vida sana a través de más ejercicio y mejor alimentación.
- Implementar un Plan de Salud Oral, con atención especializada en 250 centros de salud primaria en todo Chile.
- Crear una canasta de prestaciones para adolescentes para detectar de manera temprana intentos suicidas y factores de riesgo de alcoholismo y drogadicción y elaborar un plan de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas que incluya la rehabilitación e integración social.
- Ampliar las terapias de reproducción asistida y otros tratamientos de infertilidad, evaluando su incorporación al AUGE.

- Fortalecer los tratamientos de salud mental formando los profesionales adecuados y revisando los actuales protocolos de prevención y atención.
- Constituir el Consejo Nacional de Cáncer, cuyo propósito principal será velar por el fortalecimiento de una política nacional de cáncer de carácter permanente.

2.- RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA

Los primeros antecedentes históricos que se manejan respecto a la creación de instituciones de beneficencia ligadas a la salud en la zona se generan tras el deceso de Doña María del Carmen Benavides y Mujica. Dama quillotana, declarada hija ilustre de la ciudad el año 1999, dedicó su vida a la religión y a los desamparados. A su muerte, el Hospicio que mantenía para enfermos de escasos recursos en 1849, quedó a cargo del sacerdote José Martín González, quien mantuvo el cuidado de ellos en una chacra familiar, en las afueras de la ciudad. Debido a la imposibilidad de seguir manteniendo esta obra, el Padre Martín motivó a un grupo de distinguidos vecinos de la Villa de San Martín de la Concha del Valle de Quillota, quienes se reunieron en el verano de 1856, "a pleno campo", resolviendo iniciar así una campaña para reunir fondos y construir un Hospital. Destacan como líderes el presbítero Martín González y los distinguidos vecinos Francisco Castro y Francisco González Orejan. No les fue fácil la recaudación de fondos debido a que en ese entonces las preocupaciones de los habitantes del curso medio del Valle de Aconcagua se enfocaban hacia temas más mundanos, por tanto las primeras donaciones las hicieron ellos mismos.



De esta manera, la organización de los vecinos dio pie para que el 7 de mayo de 1857 fuese colocada la primera piedra del establecimiento que hoy se denomina Hospital San Martín de Quillota. El amplio edificio de madera y adobe fue inaugurado el 11 de Mayo de 1860 en una ciudad casi completamente colonial, y recibió el primer paciente a fines de junio del mismo año. El Hospital quedó a cargo de la Sociedad de Beneficencia de Quillota, bajo la administración de religiosas de la Congregación Hospitalarias de San José. El edificio era imponente y se veía perfectamente desde el otro lado del río, es decir, desde la localidad de Boco.

Según consta en el Primer Libro de Registro de Pacientes, volumen conservado celosamente por este recinto asistencial y que resguarda personalmente su Director, el primer paciente que se hospitalizó, lo hizo un 29 de Junio de 1860. Se trataba de Don José Cortés

Rojas, 40 años, casado. Hijo de Pedro Cortés y María Rojas, natural de Putaendo y de oficio "peón". El diagnóstico de ingreso fue: "Idropeca", siendo dado de alta el 23 de julio de 1860.

En el libro "DE VALPARAISO A SANTIAGO" escrito por Benjamín Vicuña Mackenna, éste nos relata algunos antecedentes del Hospital de Quillota. Transcribimos textual: "Casi a los pies del cementerio hallase situado el hospital de Quillota, como se halla generalmente el mesón de despacho al menudeo, a la puerta de la fábrica por mayor, sin más diferencia que en vez de cajas de latas, se expende la mercadería en féretros de álamo o en mortajas de jerga. El hospital es un edificio basto, de tres claustros bajos, con salones en cruz, que podrían contener cómodamente ciento i ciento cincuenta enfermos".

Además, a este prohombre clave en la segunda mitad del siglo XIX en nuestro país le llama la atención las siguientes inscripciones esculpidas en planchas de mármol a la entrada de la sala principal del hospital, que contienen la fecha de la colocación de la primera piedra y los nombres de los benefactores que hicieron posible esta obra.

La de la derecha dice así: "ETERNA GRATITUD A LOS FUNDADORES DEL HOSPITAL DE QUILLOTA SEÑORA MERCEDES GAC DE FURNER I LOS SEÑORES FRANCISCO GONZALEZ OREJAN, JOSÉ VICENTE SANCHEZ I SUS DIGNAS ESPOSAS. SE COLOCÓ LA PRIMERA PIEDA EL 7 DE MAYO DE 1857".

La de la izquierda: "HONOR AL FILÁNTRORO PRESBITERO SEÑOR MANUEL JOSÉ GONZALEZ GALLARDO ENCARGADO DE LA OBRA DEL HOSPITAL DE QUILLOTA. INAUGURADO EL 11 DE MAYO DE 1860".

El historiador pudo observar, en la sala de recepción, los retratos de las benefactoras señoras Gac de Furner y Furner de Sánchez, y del más entusiasta protector del hospital, don Francisco González Oreján



En mayo de 1951, el actual edificio fue equipado y entró en funcionamiento, con una capacidad de 100 camas para pacientes hospitalizados y una dotación de diez médicos; sin especialidades, ni servicio de Urgencia, los que fueron desarrollándose en los años posteriores. Un dato no menor es que, en ese entonces, la ciudad de Quillota contaba con cerca de 30 mil habitantes.

Nuevos terremotos en los años 1965, 1971 y 1985, destruyen templos y casas. La ciudad se va transformando y creciendo inconteniblemente, mientras su Hospital se va adaptando a este incremento de la población y a las nuevas necesidades sanitarias de la misma. Poco a poco fue aumentando la dotación de personal del recinto asistencial, así como el grado de especialización del mismo, llegando en la década de 1990 a erigirse como uno de los hospitales públicos del país que se mantuvo en la vanguardia de un particular modelo de atención centrado en sus usuarios y pacientes, lo cual fue de la mano con destacados médicos y profesionales que por años entregaron lo mejor de sí en pos de una atención de calidad a toda su comunidad usuaria.

Sin embargo, el vetusto edificio construido para atender la demanda sanitaria de poco más de 30 mil personas se fue haciendo estrecho y disfuncional. En la actualidad, y tras más de 60 años de uso constante, son cerca de 300 mil los usuarios de las provincias de Quillota y Petorca quienes son potenciales pacientes del establecimiento, por lo que se ha tornado urgente una nueva edificación.

Fue así como, nuevamente, las voluntades se aunaron por parte de la población y autoridades de la zona, lo que permitió que a fines de la década reciente se anunciara la construcción del nuevo Hospital Biprovincial Quillota Petorca, el que debiese iniciar su construcción a fines del año 2015.

Qué duda cabe que este nuevo recinto será el depositario de toda una tradición de servicio que por más de 155 años ha caracterizado a este tradicional establecimiento de salud que se ha enquistado en el corazón de su comunidad usuaria, hacia la cual vuelca todo su actuar. Por ello es de suma importancia hacer saber a las nuevas generaciones de trabajadores del Hospital San Martín que el nuevo recinto no nace de la nada, sino que es fruto de más de un siglo y medio de trabajo en pos de la salud pública de Quillota y Petorca. (*)



Nuevo Hospital Biprovincial Quillota - Petorca

(*)Extracto de publicación "HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA, APUNTES PARA CONSTRUIR SU HISTORIA", de la funcionaria Carmen Gloria Quilodrán, ponencia que fue publicada en el Boletín Histórico de la Sociedad de Historia y Geografía de Marga Marga en septiembre del 2014

3.- NUESTRO HOSPITAL ACTUAL

En virtud de las políticas ministeriales y la legislación vigente, El Hospital San Martín de Quillota es un Establecimiento Autogestionado en Red y de alta complejidad, dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.



El Hospital San Martín de Quillota, atiende a una población asignada de 370 mil personas, de las cuales el 89% son beneficiarios FONASA, distribuidas en doce comunas de tres provincias, todas de la región de Valparaíso. Se ubica en una edificación de 10.119 metros cuadrados, posee 212 camas indiferenciadas, seis pabellones quirúrgicos, tres ambulancias, Unidad de Paciente Crítico, una Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), laboratorios e imagenología con atención 24.

En el establecimiento se desempeñan 260 médicos (Medicos Internistas, Cirujanos, Ginecólogos, Pediatras, Psiquiatras, Anestelistas, Nefrólogos, Cardiólogos, Oftalmólogos, Dermatólogos, Neumólogos, Traumatólogos), 242 Profesionales de la salud (Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Terapeutas, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Kinesiologos), 297 Técnicos Paramédicos, 87 Auxiliares de servicio; además de 139 administrativos.

Para cumplir cabalmente los objetivos, se cuenta con un presupuesto anual cercano a los 37 mil millones de pesos.

En lo que respecta a la población asignada al Hospital, en cuanto a sus características demográficas; tenemos que en los últimos 15 años la población total aumenta en un 19%. Que durante el año 2020 tiene la siguiente distribución de 59 mil usuarios menores de 15 años (19% del total), 260 mil usuarios adultos entre 15 y 65 años (81% del total) y 42 mil usuarios mayores de 65 años (14% del total).

4.- EQUIPO DIRECTIVO



**Haroldo Faundez R.
Director (S)**



**Magallanes
Nahmias
Subdirector
Médico (S)**



**Marlene Cáceres
Subdirectora de
Gestión del cuidado**



**Omar Ogalde
Subdirector
Administrativo**



**Carolina Daud
Subdirectora Gestión
de las personas**

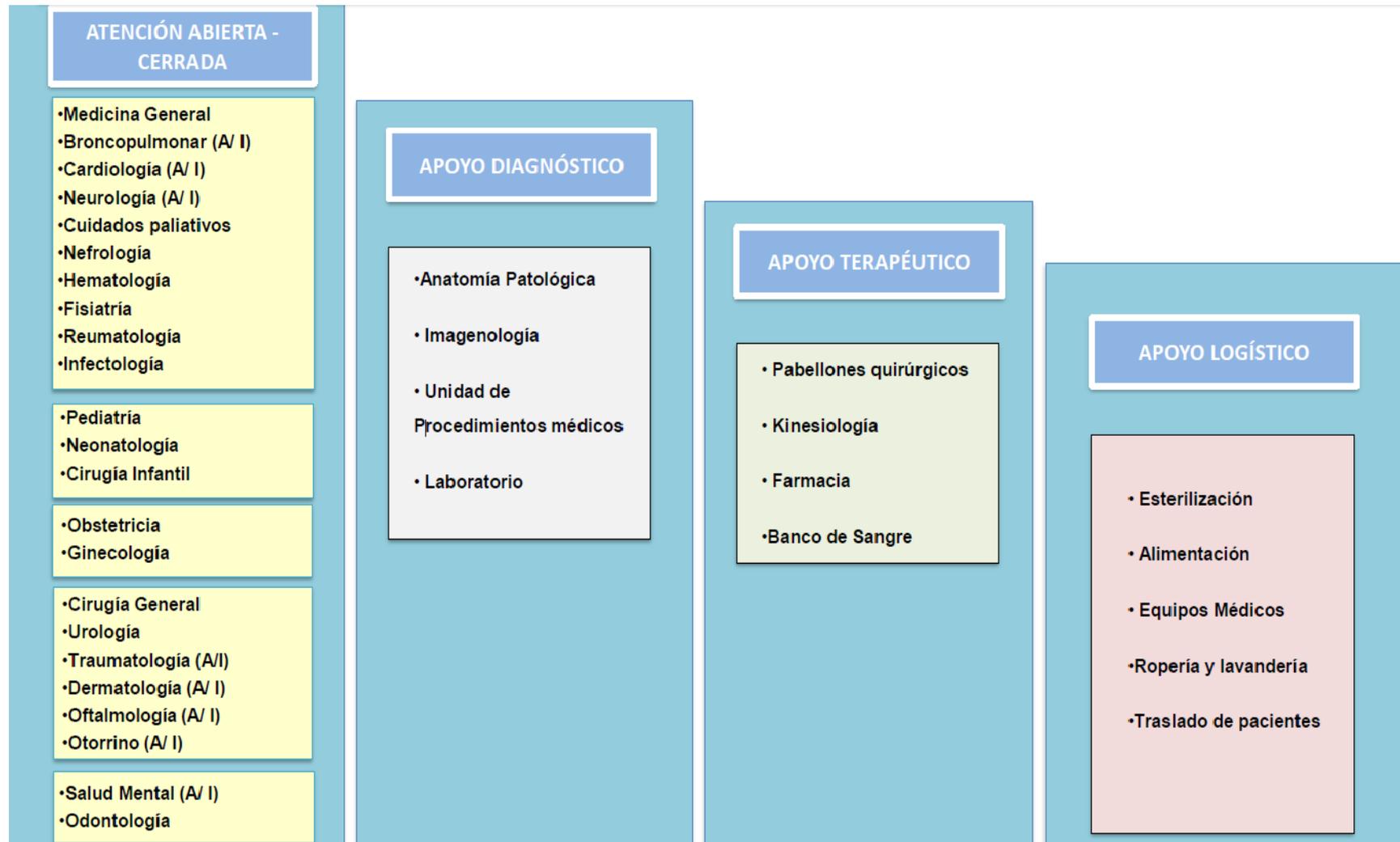


**Paola Núñez C.
Subdirectora de
Operaciones**



**Maritza Galaz
Subdirectora de
Gestión del Usuario (S)**

6.- CARTERA DE SERVICIOS



7.- PLAN ESTRATEGICO HOSPITAL QUILLOTA

7.1. MISIÓN DEL HOSPITAL

Somos un Hospital Público, de alta complejidad, Autogestionado en red asistencial docente, que entrega prestaciones de salud de manera humanizada, inclusiva, con calidad, eficiencia y comprometido con el medio ambiente.

7.2.- VISIÓN DEL HOSPITAL

Ser un hospital público acreditado, que logre satisfacer las necesidades de salud de la comunidad, con todos los recursos necesarios para brindar una atención de excelencia y con un trato digno.

7.3.- VALORES DEL HOSPITAL

- Respeto
- Tolerancia
- Empatía
- Solidaridad
- Responsabilidad
- Probidad y transparencia
- Lealtad

7.4.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS



1. Realizar una Gestión Clínica que garantice la calidad, oportunidad y eficiencia de las intervenciones sanitarias.

2.- Contribuir al fortalecimiento de la red de atención en salud, asegurando a nuestros pacientes la continuidad de su atención.

3.- Consolidar la Participación de la comunidad en la gestión de nuestro establecimiento, promoviendo la cultura del buen trato y la atención de excelencia.

4.- Potenciar las máximas capacidades de nuestro recurso humano.

5.- Lograr la eficiencia operacional, gestionando los recursos necesarios para realizar una gestión de calidad.

6.- Consolidar la cultura de la calidad en el establecimiento manteniendo la condición de hospital público acreditado.

7.- Prepararnos para el nuevo Hospital Biprovincial Quillota Petorca.

7.5.- POLÍTICAS INSTITUCIONALES

7.5.1.- POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

- La definición de reemplazos del personal, serán evaluados en base a criterios técnicos y económicos de acuerdo a nivel de actividades de la unidad solicitante.
- Los requerimientos de mayor dotación de cargos y/o expansión de horas en distintas unidades del establecimiento deberán ser solicitada formalmente al Subdirector del área respectiva por el Jefe de cada unidad, sustentado en estudio que contemple: evaluación de procesos en que se requiere mayor hora hombre, descripción de nuevos cargos, impacto cualitativo y cuantitativo en la actividad.
- Los procesos de reclutamiento y selección de personal estarán sustentados sobre la base de criterios objetivos, transparentes e informados, resguardando ante todo la confidencialidad de la información del proceso. Debiendo considerar procedimientos de evaluación técnica y psicológica validados que provean los cargos según los perfiles de competencias definidos por el Jefe de la unidad solicitante del reclutamiento, proponiendo así a los candidatos más idóneos al Director del Establecimiento.
- Todo personal ingresado tendrá un proceso de inducción, que permita hacer más expedito el proceso de inserción, tanto en lo relativo a objetivos y normas de la institución como lo relativo a sus derechos, deberes y tareas a cargo.
- Se promoverá el trabajo en equipo y la participación en procesos de selección del personal mediante concurso de oposición de antecedentes, capacitación, mejoramiento del entorno laboral, promoción de la salud, evaluación del desempeño y bienestar. Para este efecto, se considerará a representantes de los Gremios en las Comisiones o Comités correspondientes.
- Se implementarán los mecanismos necesarios para asegurar la transparencia e igualdad de oportunidades, tanto en las posibilidades de acreditación, así como en los procesos de evaluación reglamentados y para la aplicación de las diferentes asignaciones asociadas a incentivos.

- El hospital velara para que todos los funcionarios estén lo suficiente y permanentemente informados de los objetivos, estrategias y logros de la institución.
- Se velará por la seguridad de los funcionarios, mediante un Programa de mejoramiento orientado a disminuir los riesgos presentes en el entorno laboral, cuyas actividades serán trabajadas en equipo con los profesionales correspondientes.
- Se trabajará en un enfoque biopsicosocial a través de un sistema de atención de salud del personal el que contemplará programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación adecuados, según las disponibilidades de recursos del establecimiento.
- Los Directivos y Jefaturas de las distintas unidades del hospital, deberán incorporar el concepto de Calidad de Vida Laboral en el ejercicio de sus funciones administrativas y gestión del personal.
- El programa anual de capacitación tendrá que dar cuenta de las necesidades detectadas en escenarios actuales y proyecciones futuras de gestión, sustentado en un diagnóstico participativo que incorpore la metodología de brechas de competencias con enfoque en la gestión del cambio hacia el nuevo hospital.
- El hospital facilitara el egreso de los funcionarios que estén en condiciones de jubilar facilitando las medidas necesarias para que las condiciones de contratos sean las óptimas en el último período de vida laboral.
- Se implementarán los mecanismos necesarios para asegurar la transparencia e igualdad de oportunidades, en las opciones de obtener las asignaciones de responsabilidad y carga directiva del personal clínico y administrativo del establecimiento.
- Se instalarán mecanismos de monitoreo de los días de ausentismo laboral por licencias médicas, para acercar el valor promedio del hospital al promedio nacional.

7.5.2.- POLÍTICAS DE SATISFACCIÓN USUARIA

- Los Usuarios y usuarias son la razón de existir de nuestra institución, por lo cual nuestros procesos deben estar destinados a satisfacer de modo integral sus necesidades en forma oportuna, eficiente, eficaz y en un contexto de atención Humanizada.
- El centro de la gestión del establecimiento es la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios, velando por una atención integral al paciente y su familia, favoreciendo la oportunidad de acceso, la calidad de la atención, el trato digno, acogedor y amable.
- El hospital garantizará la difusión, implementación y respeto de la carta de derechos y deberes del usuario.
- Acoger a las Usuarios en sus demandas individuales, en cuanto a la atención otorgada por el hospital, a través de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), Estudios de Opinión Usuaría, Recepción, Telefonía, Servicio Social, Secretaría de Dirección y Oficina de Partes.
- La medición constante de la percepción de nuestros usuarios/as y sus resultados serán difundidos al interior del establecimiento, a objeto de constituirse en la base de planes de mejora orientados a incrementar los niveles de satisfacción por parte de nuestra población beneficiaria.
- Se utilizará la información obtenida desde el análisis de los reclamos como fuente para impulsar iniciativas de mejora continua de la calidad del servicio al usuario.
- El hospital garantizará la respuesta a sus requerimientos en los plazos legalmente establecidos.
- Se mantendrá actualizado el protocolo que establece la gestión de reclamos.
- Se actualizará continuamente el censo de las organizaciones sociales que trabajan con el establecimiento, con el fin de identificar claramente las redes sociales existentes a nivel de la comunidad, con objeto de promover la participación ciudadana.

- Fomentar la participación ciudadana en la gestión hospitalaria, a través del trabajo con instancias tales como: Consejo Consultivo de Usuarios, Voluntariados del Hospital, Sección de Apoyo Espiritual y otras instituciones sociales y comunitarias.
- La humanización de la atención, el trato amable y digno al usuario y su familia formará parte de la inducción a todo el personal, con su respectivo control de cumplimiento mediante encuestas de satisfacción.
- El hospital mantendrá informado al usuario sobre los procesos de atención y beneficios.
- Estimular la interacción de las personas con el Hospital, a través de las redes sociales y plataformas digitales.
- La comunicación hacia la comunidad y al interior de nuestro establecimiento será siempre oportuna y expedita, garantizando que cada acto clínico o administrativo pertinente sea conocido por todos los actores del establecimiento.

7.5.3.- POLÍTICAS DE GESTIÓN FINANCIERA

- Contar con el mejor recurso humano, técnico y equipos tecnológicos para entregar las prestaciones asistenciales mediante la presentación de proyectos de inversión y solicitud de financiamiento a las fuentes que correspondan.
- Realizar cobro de todas las prestaciones médicas realizadas a pacientes que cancelan un copago o la totalidad de la valoración de están según corresponda.
- Utilizar aranceles diferenciados para los usuarios beneficiarios de Fonasa clasificados en los grupos A-B-C-D que son atendidos en modalidad institucional y otro arancel de Libre Elección para los usuarios Fonasa que utilizan el pensionado.
- Todos los pagos en efectivos o documentos ingresarán a caja de recaudación habilitadas emitiéndose la respectiva boleta y se efectuará luego una única consolidación.

- Desarrollar los planes de la gestión asistencial de acuerdo al marco presupuestario autorizado del plan de producción que financiará Fonasa, el que ejecutará con la capacidad de oferta disponible, priorizando sus procesos clínicos y otorgará las prestaciones adecuándose a la estructura de precios del arancel institucional.
- Utilizar el sistema de costeo de prestaciones mediante los sistemas de manejo de información clínica GRD y de costos Winsig.
- Utilización de la capacidad de oferta de las dependencias y equipamientos en horario inhábil, facilitando la formulación de convenios, adecuando procesos de atención y adoptando los mecanismos de regulación y control de los procesos administrativos.
- Generar las condiciones administrativas para potenciar y aumentar los ingresos propios del establecimiento, desarrollando alianzas y estrategias comerciales.
- Incorporación en los sistemas de recaudación de ingresos de nuevas modalidades de pago a objeto de aumentar el índice de recuperación de cuentas por cobrar.
- Priorización de los requerimientos de inversión bajo los siguientes criterios:
 - ❖ Dar cumplimiento a las normas técnicas básicas de calidad y seguridad del paciente.
 - ❖ Dar cumplimiento a la Ley Auge.
 - ❖ Dar continuidad al proceso productivo del establecimiento.
 - ❖ Implementar proyectos de desarrollo de la red asistencial.
- Gestión de recursos físicos como proceso de apoyo que permita la reposición, mantención y adquisición de equipos, tecnología, infraestructura, seguridad industrial, velando por el resguardo del cuidado del medio ambiente a través de planes y programas de gestión que posibilite la continuidad y seguridad en el funcionamiento del hospital, de acuerdo a los estándares, normativas y presupuestos establecidos.

- Mantenimiento de catastro actualizado con un plan preventivo anual, tanto para infraestructura, equipos de apoyo industrial y equipos médicos como herramientas de gestión fundamental para minimizar los riesgos sanitarios y garantizar las condiciones seguras para los pacientes y el personal de acuerdo a los requerimientos establecidos en los estándares de Acreditación para las Instituciones de Salud y los requisitos de las Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria.

7.5.4.- POLÍTICAS DE GESTIÓN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Instalación de un proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”, para preparar al establecimiento para el proceso de reacreditación del año 2020.
- Ejecución de un programa de trabajo basado en la monitorización, documentación y evaluación anual de los distintos aspectos que inciden en la calidad asistencial y seguridad de sus pacientes, realizado por la Unidad de Calidad del establecimiento.
- Aseguramiento del cumplimiento de las normas y protocolos asociados a la ley de derechos y deberes, incrementado la cohesión del sistema, garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad.
- Consolidar la mejora continua de la calidad de la Atención en el hospital, como una herramienta de gestión, evaluando los criterios y estándares de calidad, concordantes con las políticas de la reforma de salud.

7.6.- PLANES DE ACCIÓN OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

7.6.1.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Realizar una Gestión Clínica que garantice la calidad, oportunidad y eficiencia de las intervenciones sanitarias.		METAS	
OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	ENCARGADOS
Disminuir las listas de espera, de primeras consultas e intervenciones quirúrgicas cumpliendo con los lineamientos ministeriales.	1.- Fortalecer las atribuciones de la Unidad de Gestión de la demanda dependiente de la Subdirección Médica, para distribuir la oferta de atención del establecimiento priorizando la resolución de lista de espera de pacientes con fechas de ingresos más antiguas.	Resolver el 100% de las lista de espera por Consultas Nuevas de Especialidad Médica de personas con espera mayor o igual a 180 días, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencial – Unidad de Gestión de la demanda.
		Resolver el 100% de la lista de espera por Intervención Quirúrgica electiva, de personas con espera mayor a 365 días, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	
		Resolver el 100% de las lista de espera por Consultas Nuevas de odontología de personas con espera mayor o igual a 180 días, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	
	2.- Disminuir el porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas en las especialidades monitorizadas por Minsal.	A lo más el 7% de las intervenciones quirúrgicas electivas programadas suspendidas.	Subdirección Gestión Asistencial.

	3.- Disminuir el ausentismo de pacientes en las consultas y controles de especialidad.	Lograr un nivel de ausentismo de pacientes en consulta electiva bajo el 18%, manteniendo las condiciones normales de funcionamiento del establecimiento.	Subdirección Gestión Asistencial.
	4.- Utilizar optima de las horas de pabellón electivos disponibles.	Utilización de al menos el 80% de las horas de pabellón destinadas a cirugías electivas, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencial.
	5.- Cumplir la garantía de oportunidad del GES	El 100% de las garantías cumplidas dentro del plazo definido por decreto, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencia - Unidad GES.
Procurar la disponibilidad de camas según los niveles de requerimientos clínicos.	1.- Utilizar la estrategia de hospitalización domiciliaria en su totalidad de cupos.	90% o más de utilización de los cupos de hospitalización domiciliaria, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión del Cuidado – Hospitalización domiciliaria.
	2.- Incrementando las Cirugías Mayores Electivas Ambulatorias.	Realizar al menos el 70% de las cirugías ambulatorias que aquellas que puedan ser ambulatorizables, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencial.
	3.- Disminuir los egresos con estadías prolongadas, según resultados entregados mediante GRD.	7% de los egresos con estadías prolongadas, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencial - Unidad de GRD.
	4.- Lograr un nivel óptimo de utilización de las camas logrando un índice funcional dentro del estándar nacional.	Índice funcional menor o igual al 1,05, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Asistencial – Subdirección Gestión del Cuidado.

Optimizar la gestión de medicamentos, procurando tener un alto nivel de oportunidad y calidad, que permita lograr una mejor satisfacción usuaria.	1.- Mejorar el nivel de despacho de recetas de pacientes ambulatorios.	98% de las recetas despachadas por el área ambulatoria entregadas en mismo día por parte de la Unidad de Farmacia, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión de Recursos Físicos y Financieros - Unidad de Farmacia.
	2.-Disminuir la falta de medicamentos.	Identificar los medicamentos faltantes para generar línea base, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección de Recursos Físicos y Financieros – Jefe de Farmacia.
	3.- Monitorizar el valor monetario de los medicamentos mermados.	Generar línea base de medicamentos mermados expresados en \$.	Subdirección de Recursos Físicos y Financieros.
Avanzar en el diseño de los procesos clínicos claves que permitan realizar el cambio al nuevo hospital sin genera impacto en la atención de nuestros usuarios.	Avanzar en el cumplimiento de los planes de trabajo de la unidad de puesta en marcha en las áreas de: Autorización Sanitaria Gestión de Riesgos de Emergencia y Desastre Comunicación Gestión del Cambio Modelo de Gestión Gestión de Presupuesto Gestión del Recurso Humano	90% de cumplimiento de los planes de trabajo presentados por la Unidad de Puesta en Marcha, manteniendo las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Director – Equipo de Puesta en Marcha.

7.6.2.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Contribuir al fortalecimiento de la red de atención en salud, asegurando a nuestros pacientes la continuidad de su atención.		METAS	
OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	ENCARGADOS
Potenciar el trabajo con nuestra atención primaria, mediante una constante coordinación que asegure la continuidad de la atención de nuestros usuarios.	1.- Realizar reuniones de coordinación administrativas con nuestra red territorial para trabajar aspectos relacionados con la derivación de pacientes a consultas ambulatorios en cuanto a oportunidad, calidad y asistencia de pacientes.	Al menos 2 reuniones de coordinación de la red al año, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Jefa unidad de admisión abierta. Jefa de consultorio de especialidades. Subdirección Gestión Asistencial.
	2.- Realizar reuniones de coordinación administrativas con nuestra red territorial para trabajar aspectos relacionados con la derivación de pacientes a consultas ambulatorios en cuanto a oportunidad, calidad y asistencia de pacientes (COTESA).	Al menos 2 reuniones de COTESA, mientras se mantenga las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Director, Subdirección Gestión Asistencial.

	3.- Incorporar la herramienta de la telemedicina, las clínicas satélites y las Pasantías de los médicos EDF en nuestros sistemas de atención con la atención primaria.	Al menos 2 especialidades con sistema de telemedicina como sistema de resolución de consultas nuevas de APS, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Encargada de Telemedicina Jefa de consultorio de especialidades.
--	--	---	---

7.6.3.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Consolidar la participación de la comunidad en la gestión de nuestro establecimiento, promoviendo la cultura del buen trato y de la atención de excelencia.		METAS	
OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	ENCARGADOS
Asegurar la aplicación de la Ley de Derechos y Deberes de nuestros Usuarios.	1.- Acoger y orientar a los usuarios que solicitan información con respecto a su paciente, esto a través de un trabajo eficiente, amable y profesional.	Cumplir en un 100% el protocolo de Informaciones definido por el hospital, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Usuarios - OIRS.
	2.- Facilitar el acceso de la población a una atención ciudadana oportuna, de calidad y con enfoque de derecho, a través del fortalecimiento de las OIRS y trato al usuario.	Cumplir con protocolo de Buen Trato definido por el hospital, bajo condiciones normales de funcionamiento del establecimiento.	Subdirección Gestión Usuarios OIRS.

	<p>3.- Gestionar los reclamos y demás requerimientos de manera oportuna para dar respuesta dentro de los plazos legales a todos nuestros usuarios, generando los insumos para las medidas de mejoras del hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de los reclamos respondidos oportunamente. • 80% de los reclamos con respuestas de calidad para el usuario. 	<p>Subdirección Gestión Usuarios OIRS.</p>
	<p>4.- Facilitar el Acompañamiento espiritual a pacientes hospitalizados.</p>	<p>Aplicación de la Ley de Libertad de Culto y de reglamento interno de Acompañamiento espiritual, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.</p>	<p>Subdirección Gestión Usuarios Participación Social.</p>
	<p>5.- Avanzar en la entrega de una atención integral a beneficiarios de Programa PRAIS.</p>	<p>Disponer horas médicas para atención a beneficiarios PRAIS para asegurar que no exista lista de espera, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.</p>	<p>Subdirección Gestión Usuarios PRAIS.</p>
	<p>6.- Asegurar el acompañamiento, protección y apoyo integral, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios, focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan vulnerabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con lineamientos ministeriales en la atención de niños y niñas y sus familias que se encuentran hospitalizados en los servicios de Pediatría y Neonatología, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital. • 80% de partos con acompañamiento de persona significativa, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital. • 100% de nacimientos con lactancia exclusiva, si no tiene alguna contraindicación médica. 	<p>Subdirección Gestión Usuarios Chile crece contigo.</p>

Incrementar la Satisfacción usuaria en la gestión global del Hospital.	1.- Mejorar la satisfacción usuaria en encuestas realizadas en Urgencia, consulta y procedimientos electivos.	80% de satisfacción en las áreas de urgencia, consultas y procedimientos electivos, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Usuarios Participación Social.
Potenciar el trabajo con la comunidad organizada en el territorio.	1.- Continuar con el trabajo con el Consejo Consultivo de Usuarios (CCU).	Elaboración de Plan Anual y Programa de Trabajo del CCU; además de la realización del 100% de las acciones del Plan, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirección Gestión Usuarios Participación Social.
	2.- Promover asesorías del Consejo Consultivo de Usuarios a la dirección en materias de planes del hospital.	Coordinar la asesoría del CCU a la Dirección en al menos cuatro jornadas.	Subdirección Gestión Usuarios Participación Social.
	3.- Desarrollar instancias de difusión y trabajo en la comunidad.	Realización de al menos 2 diálogos ciudadanos en la comunidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del establecimiento.	Subdirección Gestión Usuarios Participación Social.
	4.- Promoción de plataformas digitales.	Publicar mensualmente los boletines institucionales mediante plataformas digitales.	Subdirección Gestión Usuarios Comunicaciones.
	5.- Promover visitas a radioemisoras de la comuna para abordar temas de salud.	Gestionar a lo menos una visita al mes a 3 de las más importantes radioemisoras de la comuna, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del establecimiento.	Subdirección Gestión Usuarios Comunicaciones.

	6.- Fomentar el interés de preservar y difundir el patrimonio material e inmaterial del establecimiento.	Celebrar el día del patrimonio en salud, con amplia difusión en los medios de comunicación.	Subdirección Gestión Usuarios Participación Social- Comunicaciones.
--	--	---	---

7.6.4.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Potenciar las máximas capacidades de nuestro recurso humano.		METAS	
OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	Responsable

Fortalecer el recurso humano a lo largo de su ciclo de vida laboral, asegurando capacitación, perfeccionamiento y calidad de vida.	Establecer Plan Anual de Capacitación PAC orientado.	Cumplir con el 100% PAC, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Jefa Unidad de Capacitación - Subdirección de Recursos Humanos
Proporcionar una mejor calidad de vida laboral para los funcionarios del establecimiento.	Fortalecer la aplicación de las políticas ministeriales y del servicio de salud establecida en el ámbito de Calidad de Vida Laboral.	Reorientar la actividad de la unidad de Calidad de Vida Laboral.	Jefa unidad de Calidad de Vida Laboral - Subdirección de Recursos Humanos
Preparar a nuestros equipos de salud para contar con las herramientas necesarias para el proceso de cambio a la nueva dependencia del Hospital Biprovincial, sin afectar la atención de nuestros usuarios.	Trabajar para que dentro del PAC se establezcan temáticas dirigidas a la Gestión del Cambio.	Temas de gestión del cambio incorporados en el PAC.	Puesta en Marcha - Subdirección Recursos Humanos

7.6.5.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Lograr la eficiencia operacional, gestionando los recursos necesarios para realizar una gestión de calidad.		METAS	
OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	Responsable

Procurar una organización financieramente sana que facilite una gestión clínica de excelencia	Disminuir el porcentaje de licitaciones menores y de trato directo en relación al total de licitaciones.	A lo más, el 20% de las órdenes de compra son originadas en licitaciones de trato directo y/o licitaciones de menos de 100 UTM, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirector de Recursos Físicos - Abastecimiento
	Disminuir la antigüedad de la deuda hospitalaria.	Eliminar deuda con más de 150 días de antigüedad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirector de Recursos Físicos - Abastecimiento
	Optimizar el devengo de facturas.	El 85% de las facturas recibidas son devengadas antes de 8 días, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirector de Recursos Físicos - Abastecimiento
	Aumentar los ingresos propios, desarrollando para el efecto un plan de recuperación	Elaboración de Plan de Recuperación y aumento del 5% en la recaudación de ingresos propios respecto al monto del 31 de diciembre 2021, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Subdirector de Recursos Físicos - Abastecimiento

7.6.6.- METAS OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Consolidar la cultura de la calidad en el establecimiento manteniendo la condición de hospital público acreditado.	METAS
---	--------------

OBJETIVOS OPERATIVOS	INICIATIVA	2022	Responsable
Velar por lograr que el hospital mantenga los estándares de Acreditación	1.- Realizar constataciones de características obligatorias mensuales DP-2.1, GCL-1.1, GCL-1.11.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección
	2.- Realizar constataciones de características obligatorias trimestrales AOC-1.3, REG-1.1.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección
	3.- Actualización de documentos cuya vigencia termina este año: GCL-1.9, REG-1.2, APL-1.3, APE-1.5.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección
	4.- Actualización de documentos cuya vigencia termina este año: GCL-1.9, REG-1.2, APL-1.3, APE-1.5.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección
Participar en las actividades para hacer efectivo que todas las personas tengan derecho a recibir atención de	1.- Mantener planilla actualizada de registros de eventos adversos y centinelas por reportes de IAAS y reclamos mensuales y, formularios de notificación.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección – Jefes de Servicios

salud ejecutadas de acuerdo a lo que prescriben las normas y protocolos establecidos según la ley de derechos y deberes N° 20.584.	2.- Reportar mensualmente consolidado de eventos al SSVQ.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección – Jefes de Servicios
	3.- Realizar reunión de análisis causa raíz de eventos centinelas notificados de la institución.	Cumplir con el 100% de las actividades contraídas en programa anual de Calidad, mientras se mantengan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.	Unidad de Calidad – Equipo de Dirección – Jefes de Servicios

7.6.7.- PLAN RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS

SISTEMA DE COBRO

- Todo paciente deberá cancelar el valor total de las prestaciones recibidas, al momento del alta o egreso hospitalario, pudiendo ser las vías de pago:
 - Efectivo
 - Cheque al día

- Transbank
- Bono Institución de salud
- Carta de Respaldo empresa
- Respaldo de Convenio con establecimiento hospitalario.
- Cualquier otro medio que pueda ser implementado, como por ejemplo Imed

Salvo la cancelación en efectivo, el Recaudador deberá solicitar al paciente su Cédula de Identidad y/o datos del titular de la cuenta corriente o quien se hace responsable del compromiso de pago de las atenciones recibidas.

Cuando se trate de la recepción de Bonos o de Carta de Respaldo, se deberá solicitar al paciente la firma de los documentos y enviarse dichos documentos a la Unidad de Comercialización para su correspondiente facturación.

- Una vez producido el pago el recaudador emitirá una Boleta de Ventas y Servicios no afecta o exenta de IVA por el valor que se está cancelando, cuando se trate de cancelación en efectivo o con cheque.
- Excepcionalmente, cuando el paciente no posea dinero para cancelar el valor total de las prestaciones recibidas, podrá realizar un abono del total de las prestaciones valorizadas y por la diferencia suscribir un Pagaré, que será notarial cuando los montos comprometidos sean superiores a \$50.000.- , indicando en dicho documento fecha en que se compromete a cancelar la diferencia faltante.

Una vez cancelado se le entregará al paciente o a quien se haya hecho responsable por el compromiso de pago copia del pagaré, dando cuenta con este acto que el paciente no registra deuda con el hospital por el evento documentado. Por cada abono total o parcial deberá emitirse una Boleta de Ventas no afectas o exentas de IVA.

- En ningún caso se procederá a la condonación total o parcial de lo adeudado por las prestaciones otorgadas. Salvo alguna situación muy especial que así lo amerite, debiendo cumplirse con las disposiciones vigentes. **(Anexo N° 1).**
- En el caso de pacientes que son atendidos en la Unidad de emergencia, cualquiera sea su previsión, el total de las prestaciones recibidas deberá cancelarlas directamente y con la Boleta de Ventas y Servicios no afecta o exenta de IVA presentarla en su institución previsional y solicitar, si correspondiese, el reembolso de lo cancelado.
- Si el paciente pertenece a una Isapre y el cobro corresponde a una atención cerrada, al momento del alta en la Unidad de Recaudación se le hará entrega del respectivo programa particular para ser presentado en su institución de salud y dispondrá de un plazo de hasta 30 días para realizar el trámite en su aseguradora y cancelar en el hospital las diferencias, si existiesen. En tanto regulariza la situación deberá firmar un pagare por el total de las prestaciones recibidas, documento que se anulara una vez que formalice la cancelación total.
- Si se trata de pacientes que han optado por la Modalidad de PAD, al momento del ingreso debe estar el 100% de la prestación que originó la hospitalización cancelada. No se aceptarán ingresos que no cumplan con este requisito.

SISTEMA DE FACTURACIÓN

- La facturación se genera a partir del resumen de prestaciones de aquellos pacientes cuya previsión corresponde a FONASA C o D o bien se trate de pacientes que se encuentran acogidos a convenio.
- En el caso de pacientes acogidos a Atención Libre Elección, la facturación corresponderá al documento resumen de todas las prestaciones recibidas durante el periodo de hospitalización del paciente en el Servicio de pensionado.
- Todas las semanas la administrativa de Comercialización, entregara a la Encargada de Facturación y Cobranza, una nómina y antecedentes de respaldo para proceder a la confección y envío de Facturas a los deudores. Estos antecedentes fueron previamente revisados por el médico auditor y la administrativa de recaudación.

- Cuando se trate de facturación por convenios de servicios prestados por el Hospital San Martín de Quillota, (Laboratorio, Banco de Sangre, Esterilización u otro) serán los servicios quienes a más tardar los días 15 de cada mes informarán a la Unidad de Comercialización, la producción y/o prestaciones realizadas en el período inmediatamente anterior, para que, con esta información, valorada según convenio, se envíe Memorándum a Contabilidad para su correspondiente facturación.
- El Depto. de Contabilidad digita todas las facturas en el Sistema de Contabilidad (SIGFE) devengándola en la cuenta 11507 "Ingresos de Operación" o 11508 Ingresos Propios, según lo estipula el DL N° 1263 del Ministerio de Hacienda Administración Financiera del Estado, en su Art 4.
- La Unidad de Comercialización llevará un registro de Nóminas enviadas a facturación, nómina que deberá considerar a todos los pacientes que se envían a facturar con toda la documentación de respaldo y realizar el seguimiento del comportamiento de la cuenta de Deudores, tanto los correspondientes por Ingresos de Operación, como por lo de Ingresos Propios.

SISTEMA DE COBRANZA

Los valores pendientes de cobro serán analizados periódicamente por parte del encargado de las cobranzas y del ejecutivo máximo del área financiera para determinar la morosidad, las gestiones de cobro realizadas y la antigüedad de las cuentas.

Los ingresos serán recaudados directamente por las distintas unidades de Recaudación del hospital (Unidad de Emergencia, Recaudación Central, Recaudación CRD, Recaudación de Pensionado).

Todos los ingresos recaudados directamente se cobrarán en efectivo, cheque certificado o cheque cruzado a nombre del Hospital, a menos que esté permitido conceder crédito o aceptar otras formas de pago.

Las recaudaciones directas serán depositadas por la unidad de Contabilidad en las cuentas bancarias que corresponda, en el curso del día de recaudación o máximo el día hábil siguiente, según planilla de recaudación Resumen elaborado por la Unidad de Recaudación, donde se explicita la Unidad que da origen a la recaudación, N° de Boleta e ítem presupuestario al que se imputa el ingreso.

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS DE COBRANZA

Se dispone de diversas técnicas para la cobranza de las cuentas. A medida que una deuda se vence y envejece, la gestión de cobro es más personal y exigente. Los procedimientos básicos se presentan en el orden normalmente adoptado en los procesos de cobro.

Llamadas telefónicas.- El Encargado de Cobranza deberá llamar al cliente y exigirle el pago inmediato. Si este presenta una explicación adecuada, se puede convenir en prorrogar el período de pago. De ser necesario se solicitará la llamada por parte del Abogado que podrá ser útil si los demás recursos no han funcionado.

Notificaciones por Escrito.- Inmediatamente transcurrido el plazo de vencimiento de una cuenta por cobrar, la Unidad de Comercialización, enviará solicitando el pago de lo adeudado o compromiso de pago. Si no hay respuesta favorable, se envía una segunda carta en términos más exigentes. Las notificaciones de cobranza por escrito constituyen el primer paso en el proceso de cobro de cuentas vencidas.

Deberá llevarse un control y registro de las cartas de cobranza enviadas, que servirá de respaldo para futuros procedimientos legales

Visitas Personales.- El envío de un cobrador a requerir el pago al cliente será un procedimiento de cobro muy eficaz ya que el pago podría realizarse en el acto. Dicho servicio puede contratarse incluso con una empresa de cobranza

Retención por Tesorería General de la República. Aplicación de normativa establecida en el inciso 2º del artículo 158 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, ubicado en el título IV del Libro II. **(Anexo N° 2)**

Recurso Legal.- Agotadas todas las instancias anteriores, existiendo documentos de respaldo (Pagare, Cheque) se deberá comenzar con esta medida de cobranza resguardando que el procedimiento tenga un efecto positivo en la recuperación de la deuda. Se deberá tener en cuenta el costo/beneficio en esta etapa, la que implica gastos legales que podrían ser iguales o superiores a la deuda

METODOS DE EVALUACIÓN

Entre los métodos que se recurren con mayor frecuencia para evaluar las políticas de crédito y cobranza se encuentra el índice del período de cobranza promedio y la antigüedad de las cuentas por cobrar.

- **Periodo de Cobranza promedio.-** Período promedio de tiempo que se requiere para cobrar las cuentas pendientes
Período de cobranza Promedio = (Cuentas por Cobrar / Ventas Anuales)

360

- **El análisis de antigüedad.-** Técnica por la cual se sabe de la proporción del saldo de cuentas por cobrar que han estado vigentes durante un período específico.
El analista puede detectar la causa de las deficiencias en los procedimientos de crédito y cobranza en base a la antigüedad de las cuentas por cobrar. El análisis de la antigüedad requiere que las cuentas por cobrar de la Institución sean divididas en grupos con base en su fecha de origen.

ANEXO N° 1

PROCEDIMIENTO DE SOLICITAR Y RESOLVER CONDONACION DE COPAGOS POR PRESTACIONES EN MODALIDAD DE ATENCION INSTITUCIONAL

Este Procedimiento se encuentra regulado en Resolución N° 4618/ del 02.08.2012 que establece el procedimiento para solicitar y resolver condonación de Copagos por prestaciones en Modalidad de Atención Institucional para pacientes con previsión FONASA.

Según el inciso sexto del artículo 161 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud será atribución del Director del Fondo Nacional de Salud, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar total o parcialmente, el copago de cargo del afiliado y que corresponda a la diferencia entre el valor asignado por arancel a la prestación y la bonificación con que concurre el Fondo Nacional de Salud.

Solicitantes: Serán las personas naturales afiliadas del Fondo Nacional de Salud, tramos C y D, chilenas y extranjeros residentes en Chile con cédula de identidad chilena, cuya deuda se origina en atenciones de salud entregadas a través del Modalidad Institucional.

Proceso: Sera el afiliado quien directamente solicitara en sucursales de FONASA la tramitación de esta condonación ajustándose a los requisitos y requerimientos que este organismo le solicite.

El Hospital deberá entregar cuenta y/o factura de las atenciones recibidas, documento que deberá contener ir del responsable de su emisión y el timbre del establecimiento.

Deberá acompañar Informe social otorgado por un profesional debidamente acreditado para estos fines, que avale las circunstancias socioeconómicas que justifican la condonación solicitada. Este deberá ser solicitado en Formulario tipo de FONASA.

ANEXO N° 2

PROCEDIMIENTO DE COBRO EXTRAORDINARIO DE DEUDAS POR ATENCIONES DE SALUD DE LA RETENCION DE IMPUESTO REALIZADO POR LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

1. NORMATIVA LEGAL

1.1.- Procedimiento de Cobro extraordinario (DFL N° 1 del año 2005 Art. 158 Inciso Segundo)

“La Tesorería General de la Republica podrá retener de la devolución de impuesto a la renta, y de cualquier otra devolución o crédito fiscal a favor del contribuyente, las sumas que este adeude al Fondo Nacional de Salud o a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la red Asistencial correspondiente, siempre que no exista litigio pendiente en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad”.

1.2.- Obligación del FONASA (DFL N° 2 del año 2005. Art 158 Inciso Tercero)

“Para este efecto, el Fondo Nacional de Salud comunicará a la Tesorería General de la República, antes del 31 de marzo de cada año, la individualización de los deudores y el monto a retener a cada uno de ellos”.

1.3.- Procedimiento de reembolso y reajustabilidad (DFL N° 1 del año 2005, Art. 158 Inciso corto, quinto y sexto)

“Los dineros que por este concepto retenga la Tesorería General de la Republica deberán ser girados por ella a favor del Fondo Nacional de Salud, el que deberá transferir al organismo correspondiente, todo conforme a los procedimientos y plazos que fije el reglamento”.

Si los montos de la devolución de impuesto fueren inferiores a la cantidad adeudada, subsistirá la obligación del contribuyente por el saldo insoluto.

Las deudas generadas por incumplimiento en el pago de las tarifas que señala el inciso primero se reajustaran según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto Nacional de Estadística, entre el nonagésimo día anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el nonagésimo día anterior a aquel en que efectivamente se realice, y devengara los intereses penales que establece el inciso cuarto del Art. 162

2. DEFINICIONES GENERALES

2.1.- Deudas sujetas al procedimiento de cobro extraordinario

Corresponden a las deudas que una persona natural tenga con FONASA o con las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, por concepto de atenciones recibidas por aquél o por sus beneficiarios en los establecimientos de la red Asistencial correspondiente.

2.2.- Procedimiento extraordinario de Retención

Por regla general, las retenciones de dinero no están permitidas salvo que la Ley o un acuerdo entre las partes así lo dispongan. Las características de la retención contenida en el Art. 158 inciso 2º del DFL N° 1, son las siguientes:

- Es una retención de carácter legal
- Solamente la puede realizar la Tesorería General de la Republica, a requerimiento del Fondo Nacional de Salud, por deudas que mantenga con el sistema público de salud un contribuyente.
- La retención recaerá sobre los dineros que deban devolverse al contribuyente por concepto de impuestos a la renta o de cualquier otra devolución de crédito fiscal, a favor.
- Para que proceda la retención no deben existir litigios pendientes en que se controvierta la existencia de la deuda, su monto o su exigibilidad.
- La deuda debe haber sido objeto de un procedimiento de cobranza por parte del establecimiento de salud o por el propio Servicio de Salud.

2.3.- Deudas

De acuerdo a lo señalado en la Ley, serán susceptibles de cobro, vía este procedimiento extraordinario:

- Las deudas que mantenga cualquier persona natural por atenciones de salud recibidas por éste o por sus beneficiarios, sean o no afiliados al sistema público de salud. Extraordinariamente son susceptibles de cobro aquellas deudas que no siendo directas o de un beneficiario directo, la persona natural o jurídica haya contraído por cuenta de un tercero a través de la aceptación de una letra de cambio o de un pagare.
- El monto de la deuda se determinará por el valor total de la prestación adeudada menos los abonos realizados, sin incluir en ella reajustabilidad, intereses ni multas.
- Para efectos de realizar una normalización de deudores, se ha considerado prudente informar las deudas para las cuales el servicio o establecimiento hay realizado formalmente alguna acción de cobro.

2.4.- Deudores

- Son deudores del sistema todas aquellas personas naturales que en calidad de afiliados al sistema público de salud mantengan deudas por atenciones recibidas por este o por sus beneficiarios.
- Son deudores además, todas aquellas personas naturales que no sean foliados o beneficiarios de FONASA, que no paguen las tarifas por los servicios y atenciones que soliciten al FONASA, o a los establecimientos públicos de salud dependientes de la red asistencial correspondiente.
- También es considerado deudor, aquella persona natural o jurídica que asumió la deuda por la prestación de salud de un tercero no beneficiario

3. PROCEDIMIENTO

Cada año la quincena del mes de Febrero deberá prepararse la información que deberá ser emitida al FONASA al Sub departamento de Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones de FONASA con copia a la Dirección de Servicio Unidad de Finanzas del SSVQ.

La información deberá estructurarse en un archivo txt, con separador de campos por carácter; (punto y coma) el que debe contener la totalidad de los siguientes campos o datos:

IDENTIFICACION PRESTACION	IDENTIFICACION DEL DEUDOR	DESCRIPCION COBRANZA
Servicio de Salud	Rut del Deudor	Cobranza Realizada
Establecimiento de Salud	Dv del Rut del Deudor	Fecha de última Gestión de Cobranza
Nombre del Establecimiento	Nombre del deudor	
Rut del paciente	Monto de la Deuda	
Dv del Rut del paciente	Documento que respalda la deuda	
Tipo de Beneficiario		
Tipo de prestación realizada		
Fecha de la prestación		

7.6.8.- PLAN DE ACTIVIDAD AUDITORIA INTERNA 2022

Plan Anual de Auditoría

Ministerio:	SALUD	Año planificado	2022
Servicio:	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR Y QUILLOTA	Versión	1
Servicio dependiente	HOSPITAL SAN MARTÍN - QUILLOTA	Fecha de Emisión:	22/12/2021
Región:	VALPARAÍSO	Código del Plan Anual de Auditoría:	HQUILLOTA-22-v01

1.- Trabajos de Aseguramiento Priorizados en Análisis de Riesgos															
Código Trabajo	Nombre Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo General del Trabajo	Proceso Transversal en el Estado	Relación Procesos G-GR - C	Tipo Relación	Alcance General	Frecuencia	Riesgos Críticos Globales	Equipo de Auditoría	Horas de Auditoría	Mes Inicio	Mes Termina	Cantidad de Informes	Fecha estimada de envío del Informe
ASEG-1	de Compras Públicas 2022	Gubernamental (G)	cumplimiento	abastecimiento	de Riesgos, Control	Indirecta	entre el 01/09/2021 y	Anual	realizadas	2	200	Octubre	re	1	10/12/2022
ASEG-2	Sistema de Control	Gubernamental (G)	control interno del	Control Interno	de Riesgos, Control	Directa	interno con corte al	Anual	en el proceso	2	200	re	Octubre	1	10/11/2022
ASEG-3	al Sistema de Gestión de	Gubernamental (G)	riesgo institucional	Riesgos	de Riesgos, Control	Directa	elaborados en el	Anual	en la	2	200	Marzo	Abril	1	15/04/2022
ASEG-4	a las operaciones	Gubernamental (G)	procedimientos del	Financiero	de Riesgos, Control	Indirecta	financiero -	Anual	conciliaciones	2	200	Octubre	re	1	15/15/2022
ASEG-5	"Realización de	Gubernamental (G)	de acuerdo a lo	Fiscalización	de Riesgos, Control	Indirecta	Revisión semestral	Anual	pagos	2	250	Febrero	Agosto	1	15/02/2022;15/08/2022
ASEG-6	Auditoría Ministerial N°1	Ministerial (M)	ministerial	al ciudadano			por definir	Anual	por definir	2	200				por definir
ASEG-7	Auditoría Ministerial N°2	Ministerial (M)	ministerial	al ciudadano			por definir	Anual	por definir	2	200				por definir
ASEG-8	Proceso de Cobro a	Institucional (I)	de control en	Financiero	de Riesgos, Control	Indirecta	Cuentas de pacientes	Anual	errada de la	2	200	Abril	Mayo	1	15/06/2022
ASEG-9	Auditoría Institucional de	Institucional (I)	Diagnosticar el proces	Recursos humanos	de Riesgos, Control	Indirecta	Remuneraciones pag	Anual	remuneracione	2	200	Junio	Julio	1	15/08/2022

2.- Trabajos de Consultoría Priorizados en Análisis de Riesgos													
Código Trabajo	Nombre Trabajo	Objetivo General de Consultoría	Tipo de trabajo	Proceso Transversal en el Estado	Relación Procesos G-GR - C	Tipo Relación	Frecuencia	Equipo de Auditoría	Horas de Auditoría	Mes Inicio	Mes Termina	Cantidad de Informes	Fecha estimada de envío

3.- Trabajos de Seguimiento															
Código Trabajo	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Materia de Seguimiento	Proceso Transversal en el Estado	Relación Procesos G-GR - C	Tipo Relación	Frecuencia	Incluye anexo con Compromisos Pendientes de implementar	Cantidad de Auditores	Horas de Auditoría	Mes Inicio	Mes Termina	Cantidad de Informes que se remitirán al CAIGG, asociados al Trabajo.	Fecha estimada de envío del Informe
SEG-1	Compras Públicas año	Gubernamental (G)	Verificar nivel de cum	Abastecimiento	Adquisiciones y aba	de Riesgos, Control	Indirecta	Anual	SI	2	120	Marzo	Marzo	1	15/04/2022
SEG-2	Aseguramiento al Sistema	Gubernamental (G)	de control interno	Control Interno	Control Interno	de Riesgos, Control	Directa	Anual	SI	2	120	Marzo	Marzo	1	15/04/2022
SEG-3	Gubernamental al	Gubernamental (G)	riesgo institucional	Control de gestión	Control Interno	de Riesgos, Control	Directa	Anual	SI	2	120	Agosto	Agosto	1	15/09/2022
SEG-4	Procesos Financiero	Gubernamental (G)	Verificar procedimier	Financiero - Contable	Financiero	de Riesgos, Control	Indirecta	Anual	SI	2	120	Marzo	Marzo	1	20/04/2022
SEG-5	Mejora derivados de	Institucional (I)	Establecer nivel de cu	Seguimiento	Auditoría Interna	de Riesgos, Control	Directa	Semestral	SI	2	160	Enero	Agosto	1	

4.- Trabajos Rutinarios y Obligatorios por Normativa

Código Trabajo	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Proceso Transversal en el Estado	Relación Procesos G-GR - C	Tipo Relación	Frecuencia	Cantidad de Auditores	Horas de Auditoría	Mes Inicio	Mes Termino
RUT-1	Planillas de Reporte asociadas a instrucciones sobre austeridad, probidad y eficiencia en el uso de los recursos. Incluye hojas de trabajo sobre operaciones financiero - contables.	Gubernamental (G)	Evaluar nivel de cumplimiento	Financiero	Gobierno, Gestión d	Indirecta	Trimestral	2	440	Enero	Octubre
RUT-2	Seguimiento de informe de verificación año 2022 y Certificado Anual del Auditor Interno 2022.	Gubernamental (G)	Evaluar e informar el	Financiero	Gobierno, Gestión d	Indirecta	Anual	1	25	Marzo	Marzo
RUT-3	Plan Anual de auditoría año 2023	Gubernamental (G)	Definir las actividades	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	3	100	Diciembre	Diciembre
RUT-4	Reporte trimestral de avance Plan Anual de Auditoría 2022	Gubernamental (G)	Informar a la Dirección	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Trimestral	1	40	Enero	Octubre
RUT-5	Modificación / Actualización Plan Anual de Auditoría 2022	Gubernamental (G)	Ajustar el plan anual de	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	1	50	Junio	Junio
RUT-6	Actualización y/o Modificación Plan Estratégico de Auditoría Interna 2018-2022	Gubernamental (G)	Ajustar Plan Estratégico	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	1	30	Diciembre	Diciembre
RUT-7	Actualización Base de datos de Unidad de Auditoría Interna	Gubernamental (G)	Informar dotación de	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	1	4	Diciembre	Diciembre
RUT-8	Evaluación Metas Ley N° 20.707	Ministerial (M)	Verificar que informa	Recursos humanos	Gobierno, Gestión d	Indirecta	Anual	1	20	Enero	Enero
RUT-9	Planilla Reporte Mensual de Actividades	Gubernamental (G)	Informar respecto a la	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Mensual	1	55	Enero	Diciembre
RUT-10	Reporte Semanal de Quiebres de Control y CGR.	Gubernamental (G)	Informar sobre los qu	Auditoría Interna	Gobierno, Gestión d	Directa	Semanal	1	20	Enero	Diciembre
RUT-11	Certificado en Origen Anual 2022.	Gubernamental (G)	Informar respecto a la gestión efectuada el año 2020	Control Interno	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	1	15	Febrero	Febrero
RUT-12	Seguimiento Certificado en Origen Anual 2022.	Gubernamental (G)	Verificar información respecto a la gestión efectuada el año 2020	Control Interno	Gobierno, Gestión d	Directa	Anual	1	10	Agosto	Agosto

Carta Gantt

Código Trabajo	Nombre Trabajo	CARTA GANTT											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ASEG-1	Auditoría Gubernamental de Compras Públicas 2022										X	X	
ASEG-2	Auditoría Gubernamental Sistema de Control Interno basado en Marco Integrado de Control Interno COSO año 2022									X	X		
ASEG-3	Auditoría Gubernamental al Sistema de Gestión de Riesgo año 2022			X	X								
ASEG-4	Auditoría Gubernamental a las operaciones financiero-contables año 2022										X	X	
ASEG-5	Auditoría Gubernamental "Realización de actividades asociadas a requerimientos del consejo de Auditoría Interna General de Gobierno" Ley 21.131		X						X				
ASEG-6	Auditoría Ministerial N°1												
ASEG-7	Auditoría Ministerial N°2												
ASEG-8	Auditoría Institucional Proceso de Cobro a Pacientes Hospitalizados				X	X							
ASEG-9	Auditoría Institucional de Remuneraciones, pertinencia y oportunidad						X	X					
SEG-1	Seguimiento Auditoría Compras Públicas año 2021			X									
SEG-2	Seguimiento Aseguramiento al Sistema de Control Interno Basado en COSO año 2021			X									

Carta Gantt

Código Trabajo	Nombre Trabajo	CARTA GANTT											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
SEG-3	Seguimiento Auditoría Gubernamental al Sistema de Gestión de Riesgo año 2021								X				
SEG-4	Seguimiento Auditoría a Procesos Financiero Contables 2021			X									
SEG-5	Seguimiento a Planes de Mejora derivados de auditorías ejecutadas en los años anteriores (objetivos gubernamentales año 2018 y anteriores, objetivos	X	X	X	X	X	X	X					
RUT-1	Planillas de Reporte asociadas a instrucciones sobre austeridad, probidad y eficiencia en el uso de los recursos. Incluye hojas de trabajo sobre operaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
RUT-2	Seguimiento de informe de verificación año 2022 y Certificado Anual del Auditor Interno 2022.			X									
RUT-3	Plan Anual de auditoría año 2023												X
RUT-4	Reporte trimestral de avance Plan Anual de Auditoría 2022	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
RUT-5	Modificación / Acutalización Plan Anual de Auditoría 2022					X							
RUT-6	Actualización y/o Modificación Plan Estrategico de Auditoria Interna 2018-2022												X
RUT-7	Actualización Base de datos de Unidad de Auditoría Interna												X
RUT-8	Evaluación Metas Ley N° 20.707	X											
RUT-9	Planilla Reporte Mensual de Actividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RUT-10	Reporte Semanal de Quiebres de Control y CGR.	X			X		X				X		
RUT-11	Certificado en Origen Anual 2022.		X										
RUT-12	Seguimiento Certificado en Origen Anual 2022.							X					
DIR-1	Arqueos a Fondos Fijos										X	X	

7.6.9.- SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

El sistema de control de gestión coordina el avance de las tareas en las siguientes áreas de acción:

- ✓ Control del cumplimiento de compromisos institucionales adquiridos con la autoridad del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota: compromisos de gestión, metas sanitarias ley 18834, ley 15076 y ley 19964, Glosa 4, Ley 20707.
- ✓ Control de indicadores de gestión definidos como críticos del área clínica y de apoyo, para mantener la condición de Establecimiento Autogestionado en Red como por ejemplo los del Balance Scordcare EAR (SISQ).
- ✓ Supervisión y monitoreo del ingreso Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) de producción hospitalaria al sistema SIGGES (o el sistema oficial establecido para este propósito), y la gestión, supervisión y monitoreo de los costos medios de la producción hospitalaria a través del sistema PERC.
- ✓ Generación de los ingresos financieros mediante la transferencia de presupuesto por egresos según complejidad mediante plataforma de GRD.
- ✓ Control de indicadores de gestión clínica, mediante la recolección, ingreso y análisis de información de GRD.

- ✓ Asesorar al Director y a quien el determine, en el manejo y análisis de información existente en los sistemas de registro del establecimiento, para ayudar en la tomar decisiones tanto a nivel clínico como administrativo, con base de la evidencia de resultado de nuestro establecimiento.

- ✓ Confeccionar, monitorear y reformular de ser necesaria, la programación médica y no médica del establecimiento, con el fin de conocer el número de horas, los niveles de producción y el nivel de cumplimiento de las prestaciones médicas esperadas según el recurso humano clínico disponible.

7.6.10.- UNIDAD DE JURIDICA

Esta Unidad es la responsable en brindar Asesoría Jurídica a las Unidades organizativas del nivel superior del Hospital San Martín de Quillota, en lo relacionado a los aspectos y procesos de carácter legal, gestionando y resolviendo de manera eficiente sobre los marcos legales relacionados con las competencias del Hospital, con el objeto de asegurar una asesoría eficaz y procurar la protección de los intereses institucionales.

1.- FUNCIONES

1.1.- GENERALES

Brindar apoyo jurídico eficiente y efectivo a la Dirección y a su equipo directivo, así como a las diversas jefaturas de las diferentes dependencias del Hospital, velando por el control de la legalidad de los actos administrativos.

1.2.- ESPECIFICAS

- 1.- Asesorar al Director, Subdirectores y a otras jefaturas del Hospital en la aplicación de las normas legales, reglamentarias y otras disposiciones que lo rijan, emitiendo los informes que le sean requeridos.
- 2.- Emitir los informes al Director del Hospital que, a su juicio, sean necesarios para cautelar los intereses de la institución sobre materias de su competencia.
- 3.- Revisar los proyectos de formalización de actos, bases de licitación, contratos y convenios en que participe el Hospital.
- 4.- Participar en la elaboración de las resoluciones e instrucciones que deba aprobar el Director del Hospital, según lo determine esta jefatura.

- 5.- Integrar las Comisiones de Trabajo en las que sean designados sus abogados y realizar los estudios de los asuntos que a éstas le sean encomendadas.
- 6.- Preparar los informes y las consultas a la Contraloría General de la República sobre la interpretación de normas legales y reglamentarias relativas al Hospital.
- 7.- Asumir la defensa del Hospital en los juicios en que éste sea parte o tenga interés ante los tribunales de justicia, sin perjuicio de lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/ 1993 (Ley Orgánica del Consejo de Defensa del Estado).
- 8.- Interponer en los Juzgados de Familia, Juzgados de Garantía y el Ministerio Público las acciones pertinentes y conducentes a obtener la protección de los derechos de nuestros pacientes.
- 9.- Asumir la defensa de los funcionarios, de acuerdo a lo que señala el Estatuto Administrativo.
- 10.-Intervenir en la sustanciación de todos los procedimientos y sanciones que importe la aplicación del Código Sanitario, sus reglamentos y demás disposiciones legales o reglamentarias.
- 11.-Intervenir en los procesos de mediación seguidos ante el Consejo de Defensa del Estado con ocasión de los reclamos presentados por particulares en contra del Hospital y/o sus funcionarios, para obtener la reparación de los daños ocasionados en el cumplimiento de sus funciones de otorgamiento de prestaciones de carácter asistencial.
- 12.-Ejercer las demás funciones que le encomiende el Director del Hospital en las materias de su especialidad.

7.6.11.- UNIDAD PUESTA EN MARCHA

El Hospital Biprovincial Quillota Petorca, se encuentra en construcción, convirtiéndose en realidad el gran anhelo del equipo multidisciplinario de salud del Hospital San Martín de Quillota, quienes esperan entregar con este nuevo establecimiento y sus tecnologías, una atención de alto nivel a nuestros usuarios de la red del servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Para el buen desarrollo del proyecto, y según las recomendaciones del MINSAL en los procesos de preparación para estas nuevas dependencias y tecnologías, se forma en marzo de 2017 el Equipo de Puesta en Marcha del HSMQ, formado inicialmente con horarios parciales de por 7 funcionarios del establecimiento,(Resolución Interna N°104, del 18 de abril 2017), se formaliza la creación de la “Comisión de Puesta en Marcha”, que indica: Participar en el diseño, infraestructura y modelo de gestión del nuevo establecimiento.

En el año 2017 el Equipo de Puesta en Marcha hospitalario, debió capacitarse en EPH (Estudio Preinversional Hospitalario 2012), PMA (Programa Médico Arquitectónico), Planimetría del Proyecto y participar en reuniones de coordinación con equipos de Infraestructura y Equipamiento del Servicio de Salud, realizando visitas técnicas a Nuevo Hospital Gustavo Fricke, Hospital Regional de Rancagua y Hospital de Puerto Montt.

Desde esa fecha hasta ahora la unidad de puesta en marcha ha trabajado con referentes técnicos locales, así como con los gestores del SSVQ responsables de construcción y habilitación según proyecto, con el único fin de lograr la mejor implementación del HBQP.

1.- OBJETIVOS

GENERAL:

Asegurar la mejor implementación y equipamiento clínico-administrativo de la nueva infraestructura, así como su funcionamiento, a través del monitoreo de aspectos críticos durante todo el proceso de Puesta en Marcha del Hospital Biprovincial Quillota Petorca.

ESPECIFICO:

- Establecer un sistema de comunicación efectiva con los niveles directivos pertinentes.
- Potenciar el trabajo con los referentes Hospital San Martín de Quillota.
- Promover el trabajo coordinado y colaborativo al interior de la Institución, integrando los distintos ámbitos y unidades involucradas en las etapas de desarrollo del proyecto.
- Monitorear las tareas asignadas para la toma de decisiones.
- Diseñar los instrumentos necesarios para la recopilación de información de las diferentes actividades.
- Sistematizar y resguardar la información generada.
- Coordinar el trabajo colaborativo con los actores externos involucrados.
- Generar y ejecutar un Plan Comunicacional hacia el usuario interno y externo.
- Generar y solicitar la brecha de RRHH para el HBQP según los modelos de gestión de cada unidad
- Generar y ejecutar un Plan de Gestión del Cambio para toda la comunidad hospitalaria.
- Generar y desarrollar un Modelo de Gestión en Salud para el Hospital Biprovincial Quillota Petorca.

- Proponer y solicitar el presupuesto Puesta en Marcha para desarrollar las acciones de los Planes de Trabajo.
- Proponer y solicitar el presupuesto operacional inicial del HBQP año 2021.
- Colaborar en la construcción e implantación del Proyecto TICS del Hospital Biprovincial Quillota Petorca.
- Establecer y desarrollar un Plan de trabajo para el proceso de Autorización sanitaria
- Establecer y desarrollar el Plan de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

2.-ETAPAS DE PUESTA EN MARCHA

La Puesta en Marcha corresponde todo el proceso que implica la organización, desarrollo e implementación de cada una de las actividades requeridas hasta que se alcance la operación a capacidad plena de éste.

En el documento de "Orientaciones para el desarrollo de proyectos de la Puesta en Marcha de Establecimientos de Salud 2016" se entrega la metodología de trabajo para el correcto desarrollo de la actividad, en las que se definen las siguientes etapas:

2. A.-Etapa Planificación

Corresponde a la instancia de identificación de los equipos interdisciplinarios de trabajo que formaran parte del proceso. Estos deben integrar el avance lógico de las etapas presentes en la puesta en marcha en conjunto con el EPH del proyecto, el cual debe ser revisado en su totalidad. En esta etapa se realiza la formulación de Planes de Trabajo que permitan la Puesta en Marcha para las próximas etapas. Los funcionarios que participarán en el proceso tienen resolución Hospitalaria, y cada uno de los Planes de Trabajo están aprobado por el Director del hospital.

Las actividades están organizadas por ámbitos específicos, los cuales conllevan un trabajo colaborativo con los referentes. Los estos ámbitos a desarrollar son:

- Participación y Comunicaciones
- Gestión del Cambio
- Autorización Sanitaria
- Modelos de Gestión
- Presupuesto.
- Recursos Humanos (RRHH)
- TICs
- Infraestructura y Equipamiento

2 B.-Etapa Implementación

En esta etapa se desarrolla el plan de trabajo de Puesta en Marcha, cumpliendo con las tareas asignadas en cada ámbito. Para este desarrollo se realizarán las coordinaciones y trabajos con los referentes hospitalarios, servicio de salud y externos que entreguen los recursos necesarios para el óptimo cumplimiento de los objetivos ya establecidos. Para esto es necesaria una participación e involucramiento de los equipos responsables en todas sus áreas y estamentos.

Las Etapas de **Planificación e Implementación**, se trabajaron durante los años 2017 y 2018, las que se cumplieron satisfactoriamente; con la excepción de la Autorización Sanitaria y Gestión de Riesgo los que se incorporan recién el año 2019, por lo que se explican a continuación:

- **El Trabajo de Autorización Sanitaria**, inicia su actividad en enero 2019 a través de una profesional del SSVQ que se incorpora a Puesta en Marcha HBQP, trabajado en conjunto con los referentes de todos los Servicios y Unidades; proceso que comienza con la elaboración de documentos y que culminará una vez que el HBQP esté totalmente implementado, para solicitar todas las autorizaciones de infraestructura, personas y equipos, ya que es requisito imprescindible para obtener la Autorización Sanitaria, que otorga la SEREMI de Salud Regional para iniciar su funcionamiento, el que está contemplado para el año 2021.
- **El Trabajo de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres**, se inició en enero 2019, conociendo las instalaciones del nuevo edificio, confeccionando un plan de emergencia institucional dando inicio a la confección de planes de emergencia locales, formación de gestión del riesgo para respuestas rápida ante eventos adversos que se presenten en el H.B.Q.P. a fin de mantener la atención del paciente. Intentando “prevenir” para minimizar el daño a pacientes, funcionarios, estructuras y líneas vitales del hospital completo.

Planificar con antelación significara mantener procedimientos organizados y dispuestos para la gestión del riesgo en el “antes, durante y después” de un evento, disminuyendo el impacto negativo en las personas y las instalaciones que forman el centro asistencial.

2. C.-Etapa Habilitación

En el año en curso se da inicio a la de habilitación siendo un hito relevante la entrega y recepción de obra por parte de la Municipalidad local, momento en el cual se comienza con el ingreso de equipos y equipamiento al edificio. En esta instancia se desarrolla una labor participativa con los equipos que organizan sus respectivos futuros lugares de trabajo. En esta etapa se desarrolla el plan de traslado en conjunto con los equipos directivos hospitalarios y de servicio de salud, realizando un plan coordinado para el correcto y seguro traslado al nuevo establecimiento.

La Etapa de Habilitación, se inicia desde la recepción municipal de la obra y se describen los siguientes objetivos:

- Realizar instalaciones y pruebas de equipos, así como de las nuevas tecnologías en el edificio.
- Realizar en paralelo al objetivo 1, las capacitaciones al personal.
- Obtener la recepción provisoria de obras sin observaciones.
- Presentar el requerimiento de autorización sanitaria del nuevo edificio
- Constituir el equipo para el plan de traslado y el plan de inicio de operaciones

2. D.-Etapa Operación Inicial (Visualizada para el Año 2021)

Esta etapa conlleva desde el proceso de traslado y comienzo de las operaciones asistenciales en el nuevo establecimiento, hasta el 100% de las operaciones según EPH del establecimiento nuevo. Para esto el diseño del Plan de Traslado conlleva un orden de las actividades que serán realizadas en el nuevo establecimiento, las cuales se mantendrán en espejo en el antiguo establecimiento, y qué apoyos de la red serán entregados al proceso de traslado. Toda esta etapa se acompaña de informes diarios, semanales y mensuales del proceso de operación inicial, manteniendo un control y acompañamiento adecuado a inicio de las actividades hospitalarias. Esta etapa incluye hitos comunicacionales y mediáticos importantes los cuales serán manejados en el plan comunicacional, que es parte del plan de traslado.

También se debe incluir en el proceso de Gestión del Cambio, los procesos de traslado de los funcionarios que incluyen las despedidas a las instalaciones y servicios antiguos, y las ceremonias de bienvenidas a sus lugares de trabajo nuevos.

2 E.-Etapa Transición (Operación Normal) (Visualizada para el año 2022)

Etapa en la cual se realiza un acompañamiento durante los meses siguientes al término de la operación inicial. Esto en vista de mantener un apoyo constante al desarrollo de las nuevas actividades en el establecimiento, aplicación de protocolos, revisión y dispensación de insumos, funcionamiento de equipamiento y sistemas, funcionamiento casino, mejoras a trabajar, y múltiples tareas para acompañar al equipo de salud del establecimiento. En vista de esto el Equipo de Puesta en Marcha en este periodo se llamará Equipo Operativo, debido al cambio en los objetivos finales a ser realizados. Este Equipo Operativo continuará con el apoyo del servicio de salud y referentes MINSAL para todas las observaciones detectadas a fin de entregar la mejor atención a los usuarios en las nuevas instalaciones.

Como tarea final del equipo, se realizará un informe de todo el proceso de Puesta en Marcha recogiendo todos los años de experiencia, logros y dificultades del proceso, el cual aportará a los próximos proyectos de salud del país.

3. Resumen Cronológico de las Etapas de Puesta en Marcha HBQP 2021 / 2022

