



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

2021 - 2024

HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE SSVQ



ÍNDICE

1 Antecedentes Generales	x
1.1 Historia del Sistema de Salud en Chile	x
1.2 Cobertura Universal de Salud	x
1.3 Modelo de Gestión	x
2 Territorio y Red Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	
2.1 Red Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	
2.2 Nuevo Hospital Dr. Gustavo Fricke	
2.3 Demografía, Determinantes Sociales y Cambios Epidemiológicos	
2.3.1 Efecto del cambio epidemiológico en la población a cargo del Hospital Gustavo Fricke	
2.3.2 Desarrollo de la atención geriátrica	
2.3.2.1 Hospital Geriátrico de Limache	
2.3.2.2 Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar	
2.3.2.3 Desafíos en la atención en Geriatría en el SSVQ	
2.4 Estadísticas Relevantes Hospital Dr. Gustavo Fricke	
2.4.1 Indicadores Hospitalarios -GRD	
2.4.2 Consultas Médicas de Especialidad	
2.4.3 Consultas de Urgencia	
2.4.4 Partos y cesáreas	
2.4.5 Teleconsultas	
2.4.6 Exámenes y Procedimientos	
2.4.7 Intervenciones Quirúrgicas	
3 Equipo Directivo	
4 Misión, Visión y Valores	
4.1 Misión	
4.2 Visión	
4.3 Valores	
5 Análisis Interno y del Entorno del Hospital Dr. Gustavo Fricke	
5.1 Fortalezas	
5.2 Oportunidades	
5.3 Debilidades	
5.4 Amenazas	

6 Objetivos Estratégicos

7 Políticas Institucionales

7.1 Política y plan de acción de Recursos Humanos

7.1.1 Política de Reclutamiento y Selección de Personal

7.1.2 Política de Desarrollo de las Personas

7.1.3 Política de Equidad de Genero

7.1.4 Política de Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional

7.1.5 Política de Gestión de Personas

7.2 Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria

7.3 Plan de gestión clínica y administrativa

7.4 Procedimientos de recaudación de ingresos propios y otros ingresos

7.5 Plan de actividades de Auditoría Interna

7.6 Sistema de Planificación y Control de Gestión

7.7 Política y plan de acción de gestión financiero, contable y presupuestaria

7.8 Políticas y Plan de Acción de Subdirección de Operaciones

8 Indicadores

8.1 Mapa Estratégico

8.2 Detalle Indicadores

1 Antecedentes Generales

1.1 HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE ¹

El sistema de salud chileno comienza su desarrollo durante la colonia, con la construcción del primer hospital “Nuestra Señora del Socorro” en 1552. La mayor parte de la población vivía en condiciones de pobreza y miseria. La beneficencia y la caridad pública eran los encargados de la creación de los primeros hospitales e instituciones.

Una segunda etapa se inicia a principios del siglo XX y se extiende hasta la mitad de éste. La bonanza económica por el auge del salitre, la Primera Guerra Mundial y la revolución bolchevique, influyeron en el aumento de la presión por parte de los trabajadores en una búsqueda por mejorar sus condiciones de vida. Surge el proyecto de Estado Benefactor que busca contener los movimientos sociales: la articulación de las instituciones de beneficencia y el aumento del rol del Estado en la organización de la provisión de servicios de salud.

En este periodo se promulgó el primer Código Sanitario, que estableció la Dirección General de Sanidad, que debía dirigir los servicios sanitarios del Estado, incluyendo vacunación, desinfección pública, inspección sanitaria, profilaxis y tratamiento de enfermedades infecciosas, entre otras. Este código ha sido reformulado solo en tres oportunidades en los últimos 100 años: en 1925, 1931 y en 1968, cuya versión, con modificaciones, sigue vigente hasta hoy. La importancia que la salud había adquirido en la sociedad chilena se plasma en la Constitución Política de 1925, que señala que es deber del Estado “velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país”, y que “deberá destinar cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener el Servicio Nacional de Salubridad”.

El terremoto de Chillán en 1939 hizo necesaria la organización de los servicios sanitarios para enfrentar la catástrofe. Se creó el Servicio de Salubridad de Emergencia dentro de Ministerio de Salubridad: permitió la creación de nuevos servicios en zonas aisladas, la entrega de atenciones hospitalarias y ambulatorias muy superiores a lo que hacían las antiguas instituciones separadas.

La tercera etapa se inicia con la Creación del Servicio Nacional de Salud. Este sistema fusionó bajo una dirección única, a una serie de instituciones que cumplían funciones diversas y tuvo carácter de institución estatal autónoma con financiamiento propio, vinculándose con el poder ejecutivo a través de la cartera de salud, que desde 1953 pasó a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

De esta forma, en materia de protección y fomento de la salud, las intervenciones del Servicio Nacional de Salud se extendían a todos los habitantes del país, pero las acciones de medicina preventiva y curativa cubrían a cerca del 70% de la población, restringiéndose a los indigentes, y a los obreros y sus familias. Fuera del sistema quedaban el Serrena y las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, con un sistema propio.

El Servicio Nacional de Salud se estructuraba en zonas de salud regionales, con una red interrelacionada de hospitales, consultorios y postas rurales. De esta manera se implementaron programas integrales de salud de forma coordinada en todo el territorio nacional. La organización del Servicio Nacional de Salud permitió avances notables en el desarrollo de políticas públicas de salud eficientes que impactaron en la mejora de la situación de salud del país. La siguiente etapa, posterior al golpe militar, se inició el debate en torno a los cambios que debían realizarse en el sistema, orientándolo principalmente a la descentralización y al desarrollo del sector privado.

¹ [HTTPS://MEDICINA.UDD.CL/CENTRO-EPIDEMOIOLOGIA-POLITICAS-SALUD/FILES/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.PDF](https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.PDF)

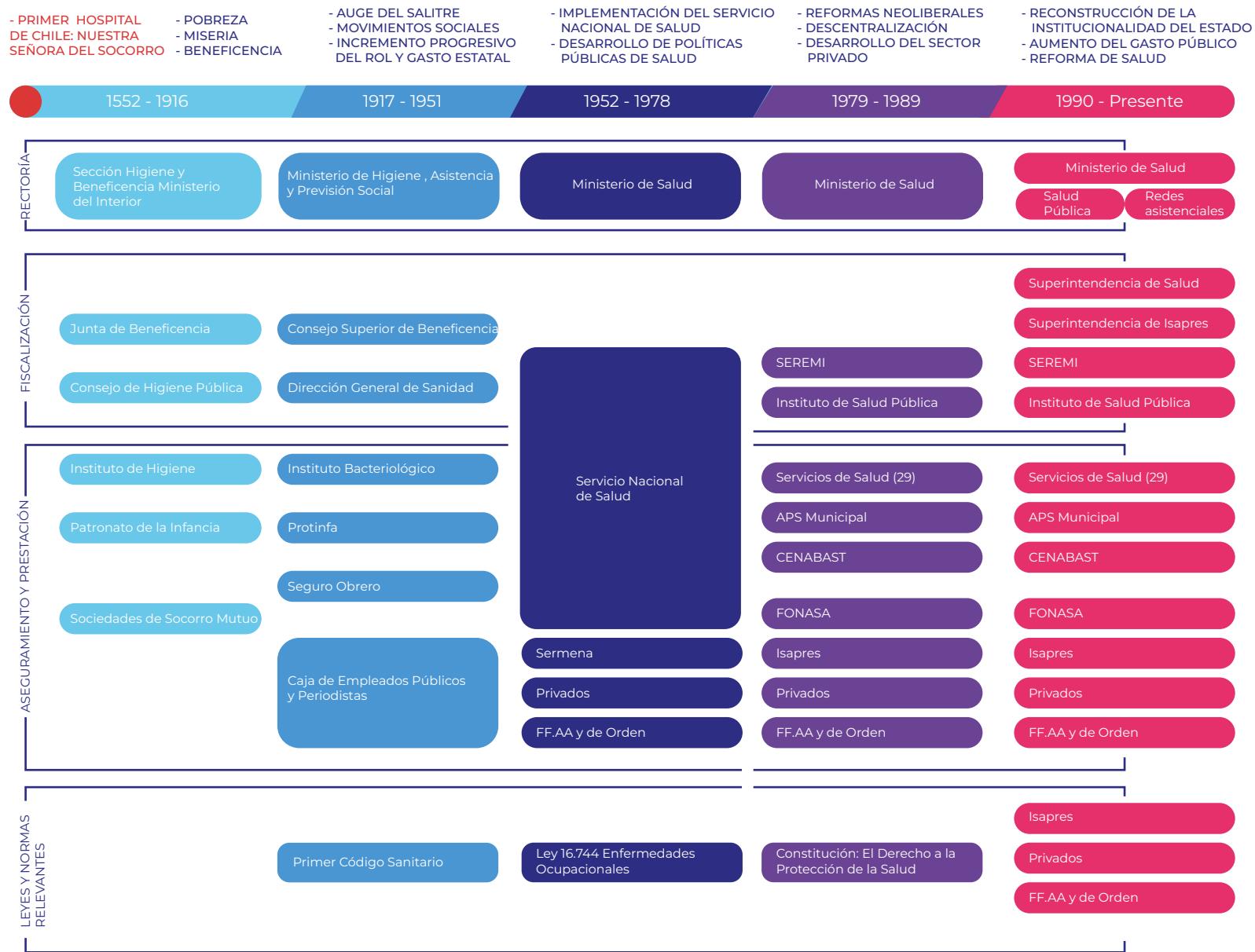
Se fusiona el Servicio Nacional de Salud y el Sermen, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud integrado, en ese entonces por 27 servicios descentralizados de salud, con base territorial, a cargo de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial. A mediados de 1980, la administración de la mayor parte de los centros de APS pasó de los Servicios de Salud a las municipalidades.

Se creó el Fonasa destinado al cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero, el ISP, sucesor legal del Instituto Bacteriológico; la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) como organismo autónomo, sucesora de la Central de Abastecimiento, para abastecer de medicamentos e insumos clínicos a los establecimientos del sistema.

La Constitución estableció que el Estado debía proteger el acceso libre e igualitario a distintas acciones de salud y que cada persona podía elegir el sistema de salud al que deseara acogerse, fuera este estatal o privado. Un año después, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas, encargadas de administrar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores, fijadas en 4% y elevadas en 1988 al 7% del sueldo imponible. Esta medida fue concordante con la reforma del sistema de pensiones, en la que el sistema estatal de seguridad social fue reemplazado por dos sistemas: la población que ya cotizaba en el sistema público de reparto (Instituto de Normalización Previsional - INP), pudo optar por mantenerse en ese sistema, mientras que la población que empezaba a cotizar debió adscribirse a un sistema privado, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), con un sistema de capitalización individual.

La quinta etapa, con el retorno a la democracia, tiene como énfasis la reconstrucción de la institucionalidad del Estado: la recuperación del sector público afectada por la falta de financiamiento durante la dictadura. Es así como en la década de los 90's el gasto público real en salud casi se triplicó. Las prioridades estuvieron en infraestructura, equipamiento y bienes hospitalarios; aumento de salarios y creación de nuevos puestos.

En marzo de 1990 se creó la Superintendencia de Isapres, con el objetivo de fiscalizar a estas instituciones en los aspectos jurídicos y financieros.



El primer paso en el proceso de reforma de salud fue el establecimiento de los Objetivos Sanitarios 2000-2010, estableciendo las prioridades para el sector. A partir de estos objetivos se estructuró una gran reforma, cuyos ejes centrales fueron el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social en salud. Esta reforma requirió cinco leyes que afectaron distintos ámbitos del sistema:

- El financiamiento de la reforma que consideró un alza del Impuesto al Valor Agregado (IVA) de 1 punto porcentual.
- El funcionamiento de las Isapres, para resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios.

- La gobernanza del sistema de salud chileno, a través de la ley de Autoridad Sanitaria.
- La creación del régimen GES, que establece garantías de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento.
- Ley de derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud.

Además de estas leyes se implementaron una serie de programas, entre los que se destacan Chile Crece Contigo y Elige Vivir Sano.

Más recientemente, y en el ámbito de los medicamentos, se pueden mencionar dos iniciativas relevantes:

- La Ley de fármacos, que modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos, estableciendo que la receta médica deberá incluir el medicamento recomendado por el médico y el bioequivalente, el valor de los medicamentos deberá estar claramente indicado en un lugar visible, los medicamentos se podrán comprar por unidades, no podrán tener envases atractivos para menores de edad y aquellos medicamentos que no requieran receta, podrán ser vendidos sin restricción en las estanterías de las farmacias de acceso público.
- La Ley “Ricarte Soto” que establece un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo, con efectividad probada para enfermedades oncológicas, inmunológicas y las raras o poco frecuentes.

1.2 COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD ²

Cobertura Universal de Salud, significa que todas las personas puedan recibir los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos. Todos los países se han comprometido a avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud a través de resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas y la Asamblea Mundial de la Salud, conformada por los Ministros de Salud. Fue reafirmada en la promulgación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030 de Naciones Unidas. Ahí, dentro del tercer objetivo, sobre salud y bienestar “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, se incluye específicamente una meta sobre Cobertura Universal de Salud “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

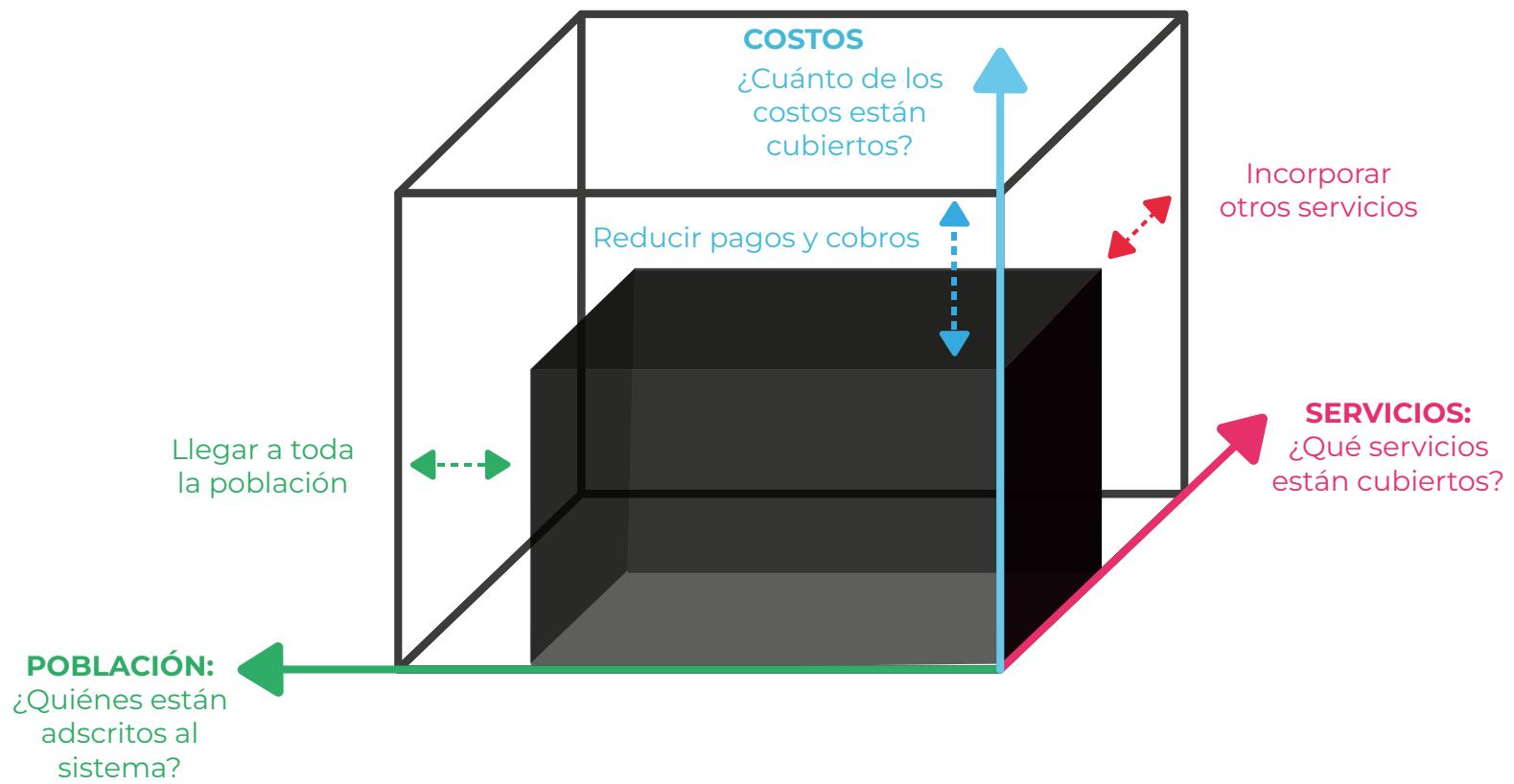
² [HTTPS://MEDICINA.UDD.CL/CENTRO-EPIDEMIOLOGIA-POLITICAS-SALUD/FILES/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.PDF](https://MEDICINA.UDD.CL/CENTRO-EPIDEMIOLOGIA-POLITICAS-SALUD/FILES/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.PDF)

de servicios de salud esenciales de calidad que se necesitan, desde la promoción a la paliación, y segundo, la protección financiera del gasto en salud, cabe destacar que ambos aspectos debieran beneficiar a toda la población. El concepto de servicio “esencial” alude a lo que el país decide que debe estar disponible para todos y es el aspecto más controversial de esta iniciativa. Los servicios “esenciales” deben cumplir con una serie de requisitos, como son:

El que solucionen necesidades prioritarias de salud, que exista evidencia de su eficacia en la reducción del daño, que existan los recursos humanos y tecnológicos en el país para otorgarlos, o que sea factible implementarlos si no existen en el momento actual, que puedan otorgarse con la calidad adecuada y que el costo sea sostenible para el nivel de desarrollo económico del país. En cuanto a la protección financiera, se refiere a evitar que las personas empobrezcan debido a pagos directos excesivos para obtener atención, también llamado gasto de bolsillo.

Estas dimensiones de la Cobertura Universal de Salud han sido graficadas en un cubo: el eje horizontal representa a toda la población, asumiendo que todos necesitan servicios de salud, y el nivel de llenado de ese eje representa la proporción que actualmente es alcanzada o cubierta.

El eje diagonal representa todos los servicios esenciales de calidad que debieran ser accesibles a toda la población y el nivel de llenado representa la oferta actual de servicios, con respecto al total de servicios que se debieran proveer. Finalmente, el eje vertical, representa los costos directos de la atención y el nivel de llenado representa la proporción de los costos de la atención que son financiados a través de sistemas de seguro, con fondos mancomunados, y no por pago de bolsillo.



La equidad en la Cobertura Universal de Salud se alcanza al entregar igual protección financiera, cobertura de servicios, e idealmente la cobertura efectiva, frente a iguales necesidades en diferentes subgrupos de la población, al menos considerando nivel socioeconómico, género, residencia urbano-rural y pertenencia étnica, a lo que recientemente se ha añadido la condición de migrante.

1.3 MODELO DE GESTIÓN ³

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena.

El Modelo de Salud Integral en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.

Los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a:

- 1. Las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial, particularmente a través del Régimen de Garantías en Salud y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria.**
- 2. Las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios.**
- 3. Las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión.**
- 4. Los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud.**
- 5. Las nuevas formas de financiamiento.**
- 6. Las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los miembros de la organización.**

La concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre demanda y oferta de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo convierten en una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

Los elementos claves del modelo de gestión corresponden a:

Redes de atención

Incorporando a todos los actores como los responsables de los resultados sanitarios de su población. Para que la red pueda cumplir adecuadamente sus propósitos, debe existir claridad acerca de:

³ <HTTP://WWW.BIBLIOTECAMINSAL.CL/WP/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/03/9.PDF>

La misión de la red en su conjunto y los establecimientos o dispositivos que la conforman, el plan estratégico para lograr dicha misión, los servicios ofrecidos en todos los puntos de la red, el tipo y magnitud de las necesidades de las personas, los principales flujos de personas y sus problemas, las insatisfacciones existentes, la articulación con otras redes, su planificación, operación y control.

De forma espontánea, esta información generalmente está sólo parcialmente accesible para cada establecimiento en forma individual y por ello se requiere una “administración de la red”, que es la función que la reforma entrega a los Servicios de Salud a nivel territorial y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales a nivel nacional.

Serán instrumentales claves para las definiciones de la red la información adecuada y pertinente, la priorización de inversión, los instrumentos para asignar recursos y las competencias para modelar a los distintos actores.

Organización Hospitalaria y Planificación Estratégica Considerando tres componentes básicos:

Las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real. Las declaraciones fundamentales se sitúan en el plano estratégico de la institución, o dicho de otro modo en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad.

La estructura y responde a la necesidad de organizarse para cumplir los objetivos. Se establecen los roles que se requieren y cómo se organizan los recursos. La práctica real, que está influida por los dos anteriores pero también por otros aspectos relevantes en cualquier organización:

El cómo se hacen en realidad las cosas, las normas no escritas que están en la práctica diaria, el cómo se resuelven los conflictos; en suma, por la cultura de la organización.

Las estrategias, más importantes, impulsadas por el Ministerio de Salud para llevar a cabo la transformación hospitalaria son:



2 Territorio y Red Servicio de Salud Viña del Mar Quillota

	VIÑA DEL MAR - QUILOTA	VALPARAÍSO - SAN ANTONIO	ACONCAGUA	ISLA DE PASCUA	REGIÓN DE VALPARAÍSO
POBLACIÓN 2020	1.141.286	527.241	283.366	8.277	1.960.170
SUPERFICIE KM2	7.405,3	3.017,0	5.032,1	163,6	15.618,0
DENSIDAD	154,1	174,8	56,3		125,5

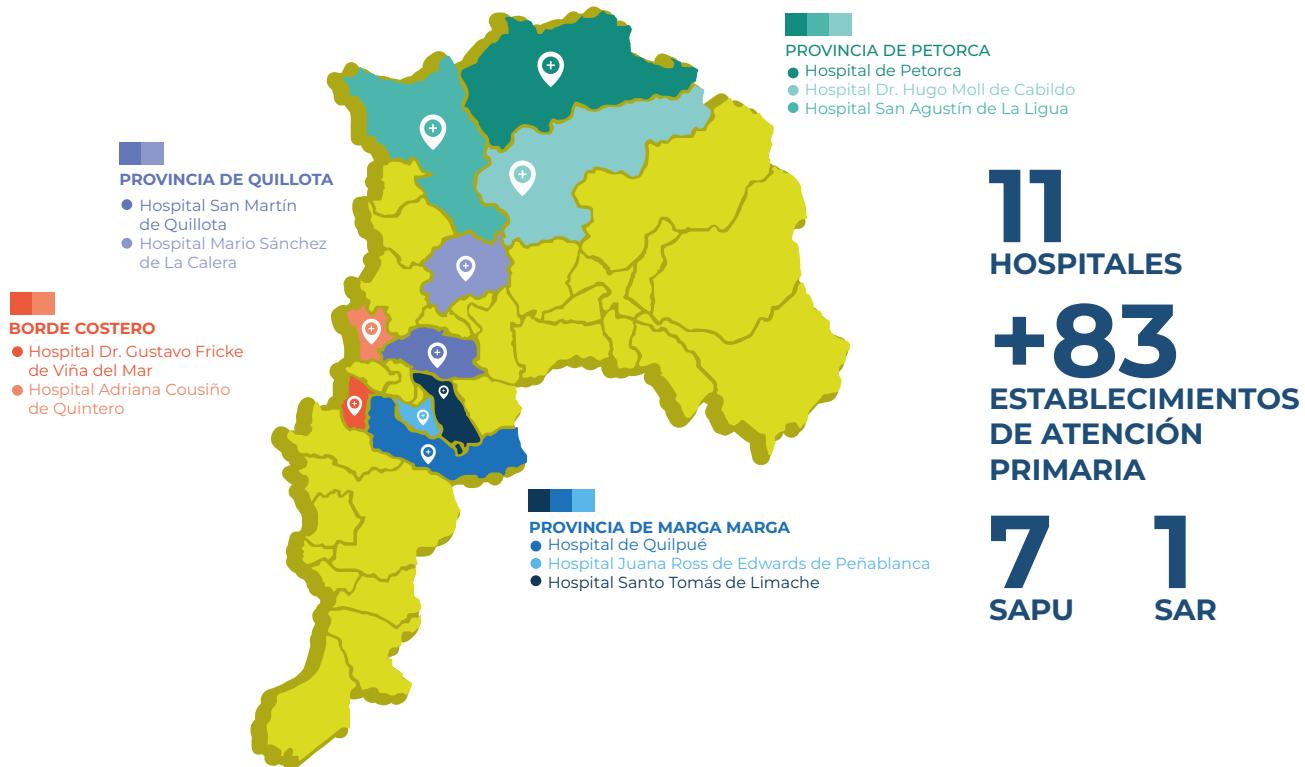
El Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota es el más grande en extensión y población, correspondiente a un 58,2% de la población regional total.

2.1 RED SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILOTA ⁴

Dentro de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota existen 18 comunas correspondientes a las provincias de Marga Marga, Quillota, Petorca y parte de Valparaíso. El Modelo de Gestión del año 2007, definió las siguientes tres áreas para nuestro Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota: Área Borde Costero que incluye las comunas de Viña del Mar, Puchuncaví, Concón y Quintero; Área Marga Marga que incluye las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué; Área Cordillera que incluye las comunas de Quillota, La Cruz, La Calera, Hijuelas, Nogales, La Ligua, Cabildo, Petorca, Papudo y Zapallar.

La red de hospitales está integrada por 11 establecimientos, tres de alta complejidad que son: Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar (el más complejo), Hospital San Martín de Quillota y Hospital de Quilpué; 8 hospitales de baja complejidad: Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera, Hospital Santo Tomás de Limache, Hospital Dr. Víctor Hugo Möll de Cabildo, Hospital de Petorca, Hospital San Agustín de La Ligua, Hospital Geriátrico Paz de la Tarde y Hospital Juana Ross de Peñablanca.

La red APS municipal está integrada con cerca de 100 establecimientos de Atención Primaria de Salud.



⁴ [HTTPS://WWW.SSVQ.CL/SSVQ/MODELO-DE-RED-SSVQ](https://www.ssvq.cl/ssvq/modelo-de-red-ssvq)

2.2 NUEVO HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

El Hospital Dr. Gustavo Fricke es un establecimiento autogestionado en red, que forma parte activa en la red de atención del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, siendo el establecimiento más complejo de su red y uno de los más complejos del país.

Recibe derivaciones desde:

- **Nivel Primario:** las comunas de Viña del Mar y Concón
- **Mediana y Alta Complejidad:** Hospital de Quintero
- **Alta Complejidad:** Hospitales de Quilpué y Quillota

Es centro de referencia nacional, para la zona centro norte, en Trasplante Cardíaco de Adultos y Centro de Referencia Regional para pacientes fisurados y prematuros extremos.



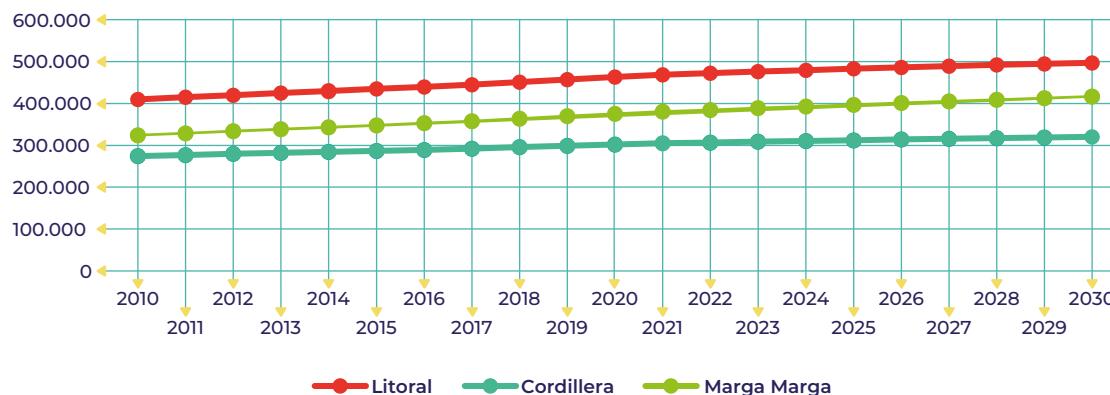
¿CUÁL ES NUESTRA ÁREA DE REFERENCIA?



2.3 DEMOGRAFÍA, DETERMINANTES SOCIALES Y CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS ^{5 6}

Para el decenio 2021-2030 el área correspondiente al Servicio de Salud se proyecta con un crecimiento poblacional del 7,0%.

COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO AL ÁREA GEOGRÁFICA, POBLACIÓN TOTAL



Continúa la tendencia observada en el decenio anterior, de un alto crecimiento en la provincia de Marga Marga que se proyecta con un 9,5% de crecimiento, explicado por la disponibilidad de suelo

⁵ <HTTP://EPI.MINSAL.CL/DATOS-DRS/#/YXWGT85R7>

⁶ HTTP://EPI.MINSAL.CL/DATOS-DRS/5_VALPARAISO.PDF

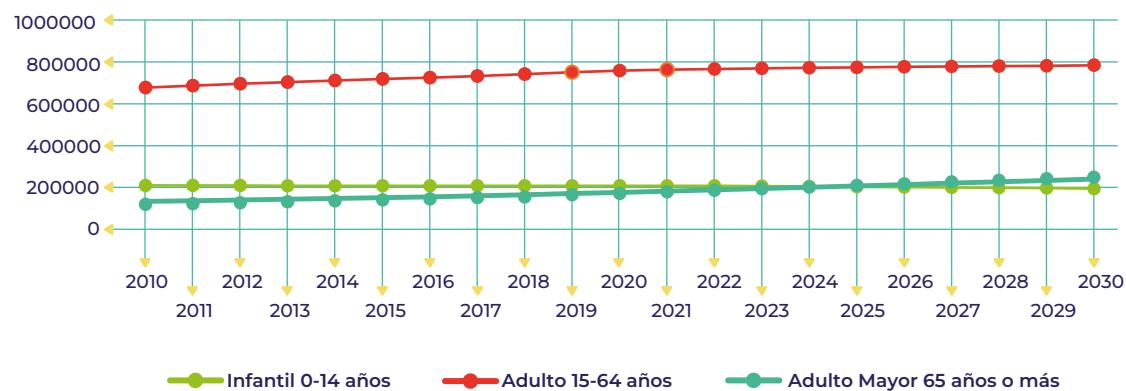
urbano y la pertenencia de las comunas de Quilpué y Villa Alemana a la conurbación del Gran Valparaíso, cuya conectividad ha reducido de manera importante los tiempos de viaje.

Las proyecciones de crecimiento para las áreas Litoral y Cordillera corresponden a un 6,2% y 5,1% respectivamente. En condiciones normales, el área Litoral presenta importantes incrementos de población en los meses de verano y feriados, los que se han visto contenidos por el efecto Pandemia.

La tasa de migración neta representa la cantidad de inmigrantes menos los inmigrantes respecto a la población a mitad del periodo de análisis, está disponible en base a las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas para los años 2013-2020. En ella la región observa una tasa de migración neta de 3,34 versus un 2,35 observado a nivel país.

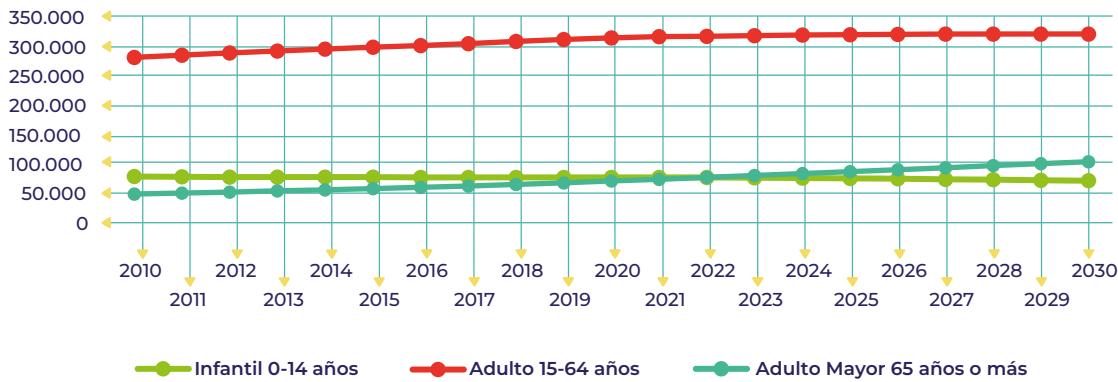
Respecto a la composición por grupos etáreos, se observa el efecto del envejecimiento poblacional: para el Servicio de Salud se proyecta que entre los años 2025-2026 los adultos mayores de 65 años sobrepasen la cantidad de infantiles, entre 0 y 14 años.

**COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO A GRUPOS ETÁREOS, POBLACIÓN TOTAL
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILOTA**

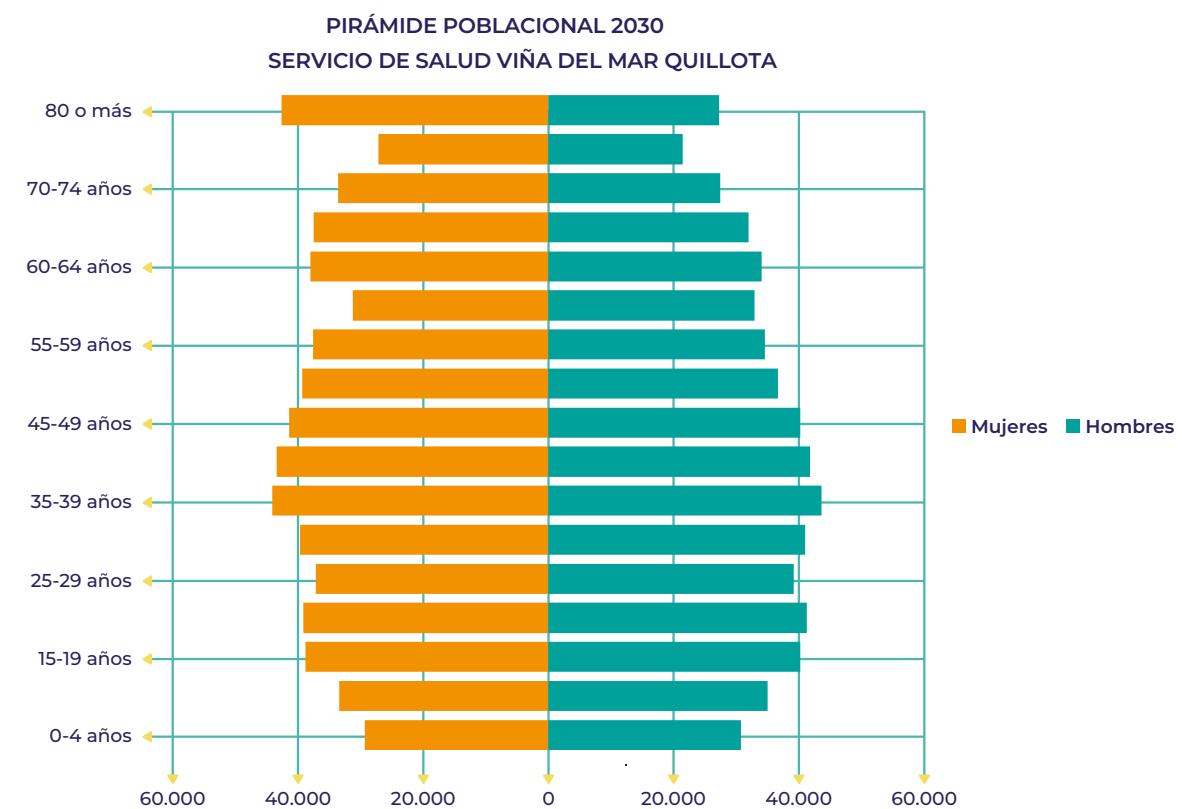
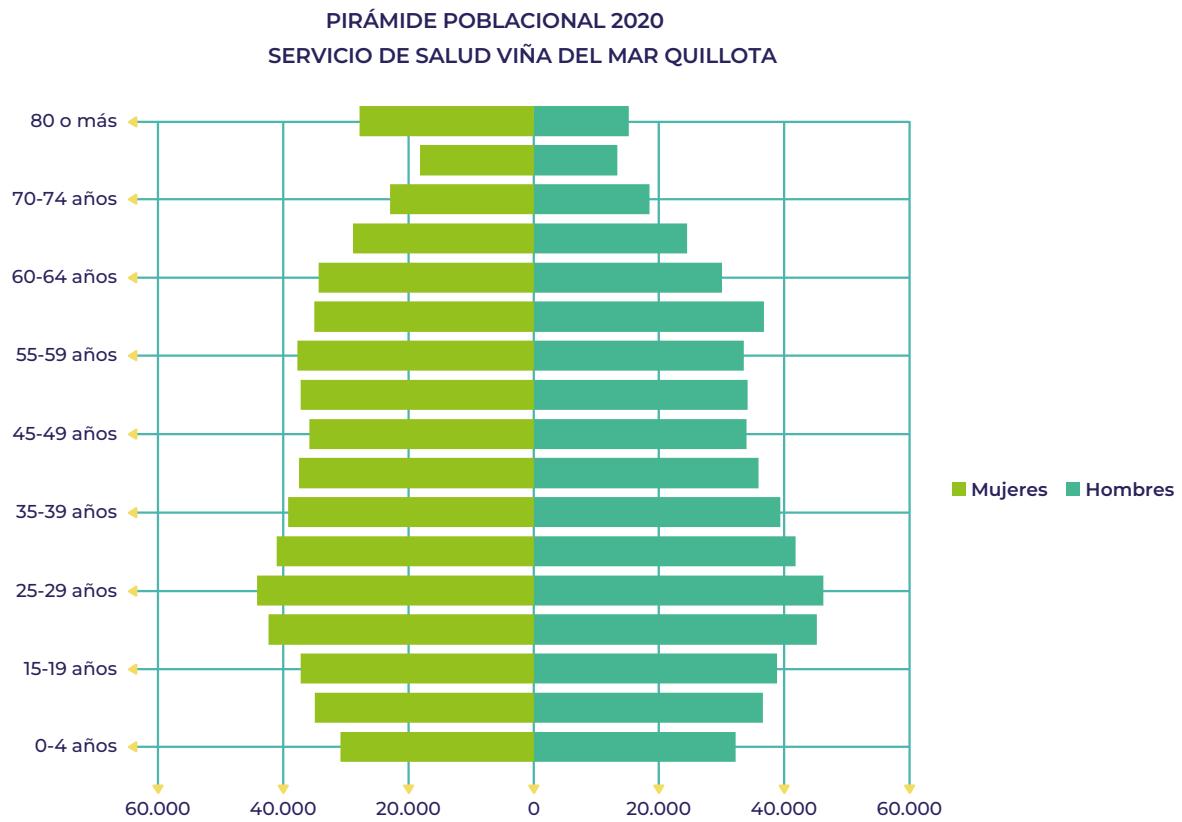


En el caso específico del área Litoral, donde se ubica el Hospital Dr. Gustavo Fricke, se proyecta que este cambio suceda de forma aún más acelerada, observando que ya en el año 2022 la población adulto mayor sobrepasará la infantil.

**COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO A GRUPOS ETÁREOS, POBLACIÓN TOTAL
ÁREA LITORAL**



La región de Valparaíso se encuentra actualmente por debajo del nivel de recambio poblacional, con una tasa bruta de reproducción de 0,9. La tasa bruta de reproducción corresponde al número de hijas que en promedio tendría cada mujer de una cohorte, y fue calculada de acuerdo a la base de nacidos vivos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas para los años 2013-2020.



REGIÓN DE VALPARAÍSO

Las carencias en Pobreza Multidimensional que más afectan a los hogares residentes en la Región de Valparaíso son:

Carencia en Escolaridad

Hogares en que al menos un miembro no alcanzó los años de escolaridad exigidos por ley de acuerdo con su edad.

Carencia en Seguridad Social

Hogares en que al menos un miembro ocupado no cotizó el mes pasado en el sistema previsional.

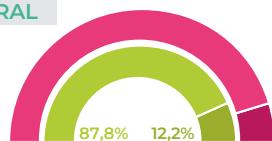
Carencia en Habitabilidad

Hogares presentan hacinamiento o el estado de la vivienda es precaria.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO (Censo de población 2017)

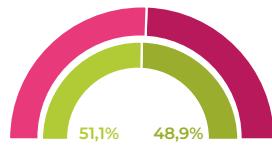
URBANO / RURAL

Población urbana
91,0%



SEXO

Mujeres
51,5%



JEFATURA EN EL HOGAR

Hogares que tienen jefatura femenina

46,8%



ADULTOS MAYORES Y NIÑOS

Hogares con adultos mayores (60 o más años).
48,8%

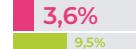


Hogares con niños, niñas y adolescentes (entre 0 a 17 años).
39,3%

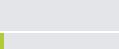


ETNIA Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Pueblo indígena
3,6%



Inmigrante internacional
2,2%



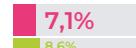
DIMENSIONES DE POBREZA

Por ingresos

Año 2015
12%



Año 2017
7,1%



Valparaíso País

Población rural
9,0%

Hombres
48,5%

Valparaíso País

Población rural
9,0%

Hombres
48,5%

Valparaíso País

Hogares que tienen jefatura femenina

Hogares con niños, niñas y adolescentes (entre 0 a 17 años).

Hogares con adultos mayores (60 o más años).

Hogares en condición de hacinamiento.

Acceso inadecuado a agua potable o sin conexión a alcantarillado o fosa séptica.

Tasa de participación laboral.

Tasa de participación femenina.

Cotizaron el último mes en el sistema de pensiones.

Recibió atención médica por algún problema de salud.

Población afiliada a Fonasa.

Población de 10 años o más que participa en organizaciones sociales o grupos organizados.

Población de 5 años o más que usa internet al menos una vez a la semana.

Porcentaje de hogares carentes en cada dimensión.

Porcentaje de hogares carentes en cada dimensión

2.3.1 Efecto del cambio epidemiológico en la población a cargo del Hospital Gustavo Fricke ⁷

Grandes desafíos poseemos como agentes de salud para este siguiente quinquenio, la irrupción del COVID-19 constituye la mayor crisis sanitaria mundial, pero también social y económica, de los últimos tiempos.

La planificación central ha quedado supeditada a los vaivenes de la pandemia y la rápida propagación de nuevas variantes hace necesaria aumentar permanentemente nuestra capacidad de diagnóstico ya que la detección temprana sigue siendo de extrema importancia para ir desarrollando las estrategias de contención viral, erigiéndose la Vigilancia epidemiológica en Salud Pública como un arma fundamental para la evaluación evolutiva diaria pero también para la prevención y el control de esta y otras enfermedades latentes, emergentes o pandémicas.

Nunca había sido tan necesaria la aplicación transversal de políticas que lleven a los prestadores públicos y privados a aunar recursos y esfuerzos para trabajar en conjunto en pos de controlar las consecuencias del emergente virus. Durante este periodo se han utilizado estrategias que deberán ir incrementándose fuertemente en el futuro cercano, algunas de ellas son:

- ▶ Teleasistencia: un porcentaje de pacientes controlados en el Consultorio de Especialidades pueden realizar sus atenciones vía telemática por lo que debe desarrollarse una potente plataforma que permita la incorporación y almacenaje de los datos obtenidos.

- ▶ Hospitalización domiciliaria: Las terapias extra hospitalarias garantizan, para un grupo de pacientes, un entorno seguro para la administración del tratamiento y permiten la liberación de recursos hospitalarios y su utilización para otros que lo necesiten de una manera más sostenida. Aún más luego de este periodo de pandemia en que se ha debido postergar a muchos grupos en la solución de sus patologías quirúrgicas y a pesar del avenimiento de nuevos hospitales, la deuda sanitaria será gigantesca y la rápida salida de pacientes con controles en sus domicilios, cuando su situación social así lo permita, será un arma de extraordinario apoyo como ya lo ha comenzado a mostrar.

- ▶ Reconversión de camas: Estrategia habitualmente utilizada durante épocas de invierno dado el incremento de patología respiratoria, especialmente en el área infantil, pero que ahora el Sistema de salud la ha usado para acoger el enorme número de pacientes requirentes de cama crítica, obviamente que en desmedro de los flujos habituales postergados durante este periodo. Desde ahora, y por un aun no cuantificable ciclo, los hospitales deberán poseer protocolos y estrategias para que esta situación sea de una mayor fluidez

Esta situación ha tenido importantes efectos sobre la Salud Mental, como el aumento de gravedad, ansiedad, angustia, retraso en el tratamiento Trastornos del Espectro Autista. Las razones pueden ser múltiples: la convivencia más estrecha con la familia lleva a la detección. El confinamiento incrementa la ansiedad, altera las rutinas y eso se refleja en la relación de las jóvenes con la comida. Y quizás otras razones como la disminución de contactos sociales, que es un riesgo para las enfermedades mentales.

2.3.2 Desarrollo de la atención geriátrica ⁸

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota es el más envejecido del país, lo que conlleva un gran aumento de la incidencia de enfermedades y complicaciones graves y altamente demandantes entre la población mayor.

Entre éstas, es destacable la presión asistencial que han ejercido históricamente las artrosis de cadera y rodilla, y que actualmente ejercen las fracturas de cadera.

Dos polos de desarrollo de la Geriatría en los Hospitales del Servicio de Salud.

⁷ Escrito por Dr. Osvaldo Becerra, Pediatra

⁸ Escrito por Dr. José Luis Dinamarca, Geriatra

2.3.2.1 Hospital Geriátrico de Limache

Rehabilitación aguda y crónica, principalmente traumatológica (enfermedad articular degenerativa y pos operados de fracturas y artrosis) y neurológica (secuelados de ACV y portadores de enfermedades neurodegenerativas) y, del mismo modo, del mismo modo, desarrollo de un modelo de Odontogeriatría. En un hospital de alta especialidad, pero complejidad baja. Sin horas de Emergencia, sin turnos médicos. Ha logrado concentrar 4 Geriatras y un equipo de rehabilitación interdisciplinario.

Debido a los fuertes cambios epidemiológicos fruto del envejecimiento poblacional, durante 2002 y 2003 se trabajó en los lineamientos del primer grupo de enfermedades AUGE, entre las cuales destacó la cirugía con artroplastia para personas mayores de 65 años con artrosis de cadera. De este modo, entre el HGL y el entonces Servicio de Traumatología del HGF se instauró, en junio de 2004, el primer programa de Ortogeriatría del país, con un modelo tipo Hastings que hasta el día de hoy se encuentra activo.

2.3.2.2 Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar

- ▶ Programa de Ortogeriatría (POG): Debido al envejecimiento de la población, la epidemiología traumatológica de la región cambió dramáticamente durante la última década del siglo XX. Los pacientes mayores pasaron progresivamente de ser una minoría, a ser aproximadamente el 60% de los egresos de esta especialidad.

Entre ellos, los pacientes con fracturas de cadera (FC) representaban un grave desafío debido a múltiples complicaciones médicas y organizacionales. En efecto, en 2012, el SSVQ, de ser una zona clasificada como de bajo riesgo para sufrir fracturas de cadera (menos de 150 por año cada 100.000 personas con 65 o más años) a una zona de transición llamada de riesgo medio (más de 150 y menos de 250).

Desde 2009 el incremento en la incidencia es sostenido, avanzando desde 177/100.000 dicho año, a 222/100.000 en 2019, esperando sobrepasar el umbral de 250 para el año 2025, transformando al SSVQ en el primer sector administrativo del país en considerarse una zona de alto riesgo de sufrir esta enfermedad. En 2019 y 2020 este aumento se vio frenado por el efecto del estallido social y la pandemia. Debido a la dificultad que suponen los pacientes mayores fracturados (pacientes no solo quirúrgicos sino médico-quirúrgicos), desde 2009 se comenzó a implementar un programa de Ortogeriatría (POG) a cargo de un Geriatra, en el área médica-quirúrgica de Traumatología y Ortopedia.

El POG está dedicado fuertemente a optimizar la atención a los pacientes mayores con fracturas de cadera, con una mirada desde el ciclo ortogeriátrico: Desde la prevención y pesquisa precoz de factores de riesgo hasta la rehabilitación y seguimiento, a través de la creación de la Comisión de Prevención de Caídas del SSVQ, pasando por la optimización de la atención en sala de emergencias y sala de traumatología.

Esto último se realiza a través de la implementación progresiva de un moderno modelo de co- manejo en el HGF, en forma de una unidad de geriatría de agudos perquirúrgica, pero ha involucrado además la creación de la Comisión de Red Traumatológica, órgano consultor de la Dirección del SSVQ, que ha permitido el desarrollo e implementación de Protocolos en toda la Red, optimizando el trabajo de los dos principales Hospitales quirúrgicos del territorio (HGF y Hospital de Quillota), con efectos importantes en disminuir la utilización de días cama, mejorando los tiempos de espera pre quirúrgicos y la mortalidad intrahospitalaria.

Se ha impulsado del mismo modo el desarrollo de la especialidad de Traumatología y Ortopedia en el hospital de Quillota y de Quilpué, lográndose la generación de jefaturas de especialidad que permiten ir abordando progresivamente los desafíos quirúrgicos de dicha área de cara a la inauguración de los futuros nuevos Hospitales de Marga Marga y Biprovincial. Finalmente, entre 2019 y 2021 se ha trabajado fuertemente en la generación de indicadores de calidad en Ortogeriatría, lográndose acuerdo en declarar a las Fracturas de Cadera como entidad trazadora, lo que facilitará la obtención y manejo de estadísticas confiables, supervisión de sistemas y mejoría de manejo clínico y organizacional.

- ▶ Geriatría en Medicina Interna: Por otra parte, debido a la importancia de la medicina transicional (el acompañamiento y gestión de recursos desde el momento del alta a la vida comunitaria y domiciliaria) desde 2018 la especialidad de Medicina Interna cuenta con una Geriatra.

2.3.2.3 Desafíos en la atención en Geriatría en el SSVQ

La generación y llegada de nuevos especialistas en Geriatría a diversas áreas del territorio es un desafío primordial, que deberá abordarse acorde con las normas de formación actualmente en boga.

Es fundamental la generación de equipos estables de manejo interdisciplinario, no solo médicos, que adquieran experiencia en el manejo de pacientes complejos en el ámbito hospitalario tanto agudo como de rehabilitación. Esto, evitando en lo posible la rotación de profesionales.

El desarrollo de los programas actualmente existentes (Ortogeriatría y Medicina Interna) debe entenderse como una gran fortaleza, buscando apoyar su crecimiento armónico, de acuerdo con las necesidades del SSVQ.

Es fundamental la integración vertical y horizontal con la salud primaria, tanto en sentido Hospital- atención ambulatoria-Hospital, como en el sentido comunidad/domicilio-promoción/prevención. La atención de Odontogeriatría es una necesidad que debe abordarse en forma dirigida, según las posibilidades del Servicio.

Finalmente, la implementación de sistemas basados en calidad y mejoría continua debe verse reflejada en la implementación de protocolos, objetivos e indicadores. En el contexto de la llamada Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, deben generarse bases de datos con origen clínico, que permitan mejores tomas de decisiones, y fundamenten los objetivos, indicadores y protocolos planteados.

2.4 ESTADÍSTICAS RELEVANTES HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

2.4.1 Indicadores Hospitalarios - GRD

Indicadores GRD	2017	2018	2019	2020
Egresos Brutos				
Número de Egresos	18.818	19.138	19.762	16.430
Peso Medio	1,1893	1,1870	1,1896	1,2489
Estancia Media	7,7	7,7	7,3	8,1
Egresos Depurados				
Número de Egresos	17.820	18.081	18.797	15.479
Peso Medio	1,1933	1,1911	1,1963	1,2572
Estancia Media	6,6	6,5	6,3	7,0
Indicadores de Uso de Camas				
Estancia Media Ajusta	7,11	7,06	7,2	7,5
Índice de Estancia Media Ajustada	0,93	0,92	0,88	0,94
Egresos con Estadías Prolongadas Superiores				
Número de Egresos	959	1.011	946	896
% Outliers	5,1%	5,3%	4,8%	5,5%
Peso Medio	1,1373	1,1425	1,0394	1,1343
Estancia Media	27,8	29,5	26,6	27,3
Fallecidos				
Número Fallecidos	721	687	696	665
% Fallecidos	3,8%	3,6%	3,5%	4,0%
Unidades Productivas Hospitalarios				
UPH	22.379	22.717	23.509	20.520

Egreso Hospitalario es el retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.

En GRD, los egresos brutos dicen relación con los egresos totales, sin excluir los eventos con estadías excesivas o demasiado bajas.

Se puede observar que durante el periodo de análisis los egresos tendían a aumentar, situación que es frenada por el efecto de la pandemia.

El Peso Medio GRD es la media aritmética del peso relativo americano de todos los episodios (brutos). El Peso Relativo es un indicador de complejidad de la casuística, midiéndola complejidad de cada GRD según su peso relativo de coste americano. Es la razón entre el Peso Medio del hospital y el Peso Medio del estándar (el cual pasa a ser la base 1.00).

La pandemia también modificó el peso medio, aumentando de los niveles relativamente estables que se habían observado. Se puede inducir entonces que si bien se resolvieron menos egresos, estos fueron más complejos, donde es probable que primara un factor de urgencia.

Similar situación se observa en el análisis de los egresos depurados, es decir, de los egresos inliers o de los egresos exceptuando los de estadías excesivamente prolongadas.

La Estancia Media (EM) es un indicador ampliamente utilizado y que constituye un estimador indirecto del consumo de recursos y un estimador de la eficiencia en uno de los aspectos del manejo del paciente hospitalizado: la gestión de camas.

La comparación de la EM por IR-GRD permite extraer conclusiones de un aspecto determinado de la gestión de cada tipo específico de pacientes, y el análisis de cada IR-GRD no plantea mayores dificultades.

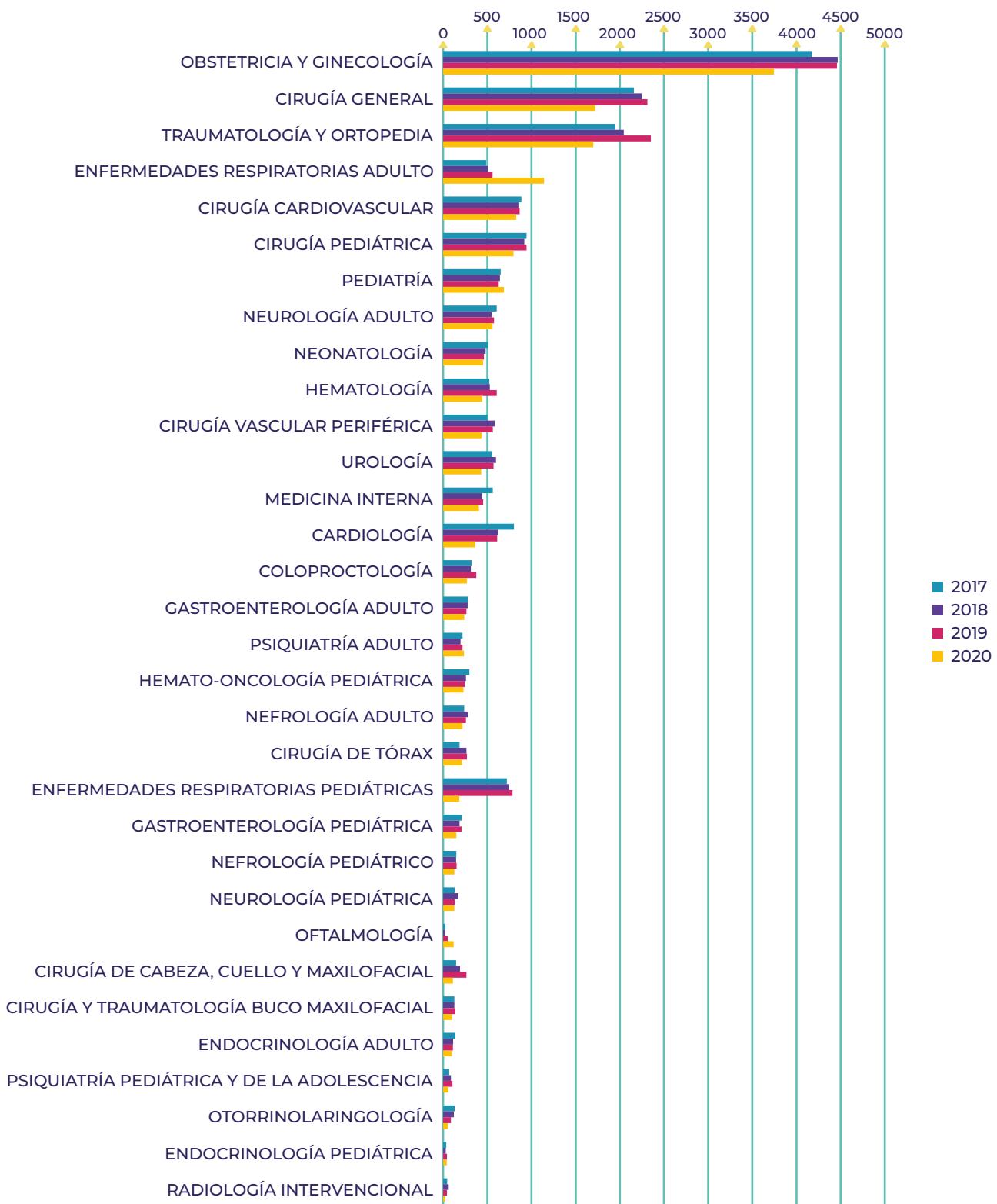
La gran ventaja que ofrece esta comparación entre servicios u hospitales es que elimina el factor de confusión de las diferencias de Case Mix entre ellos.

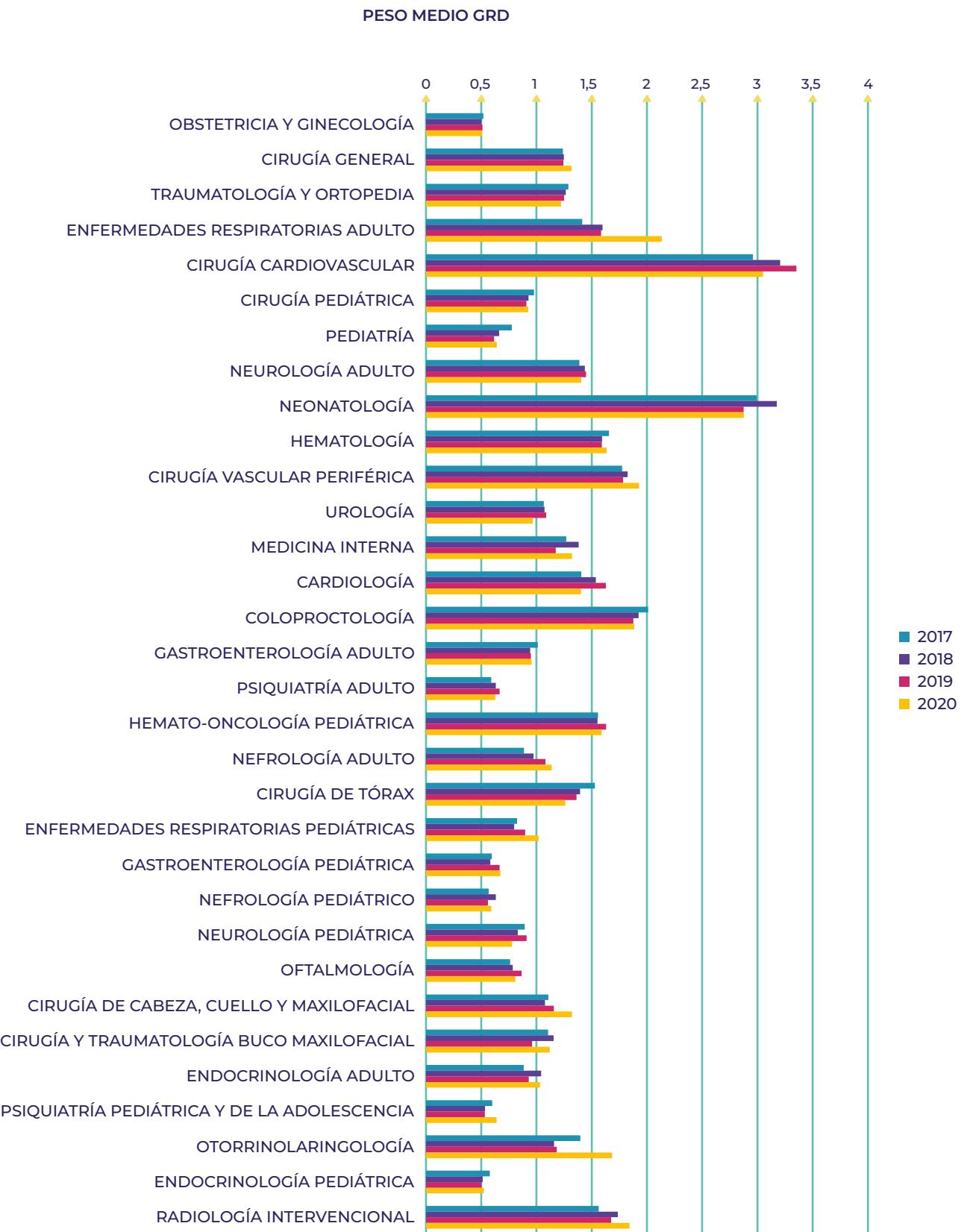
La disponibilidad de la EM por IR-GRD nos permite calcular una Estancia Media Ajustada por Funcionamiento (EMAF) como la EM esperada del "hospital h" tratando los pacientes que efectivamente ha atendido, pero con la EM por IR-GRD propia del estándar o del Benchmark (o sea con el patrón funcional del estándar o del Benchmark).

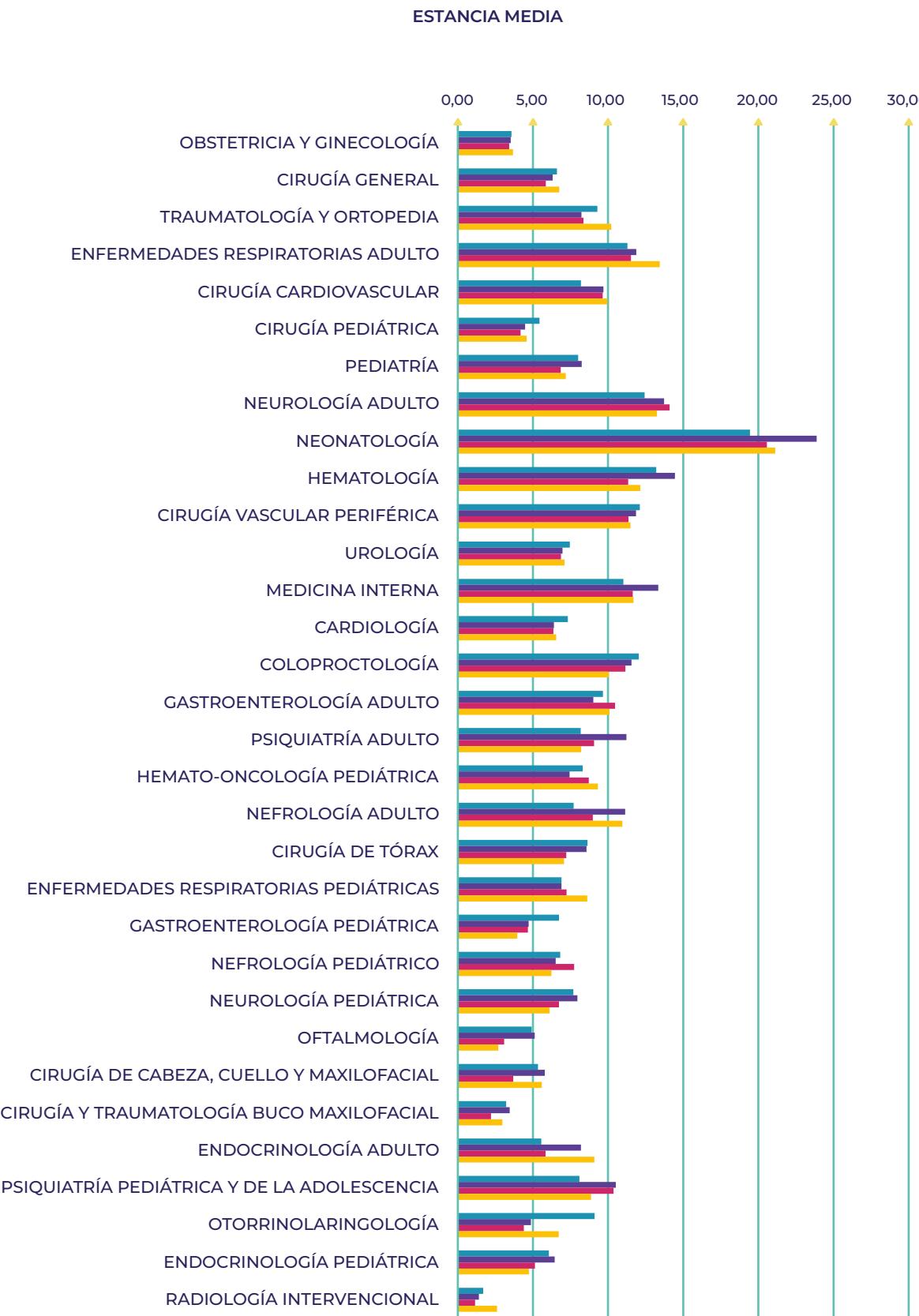
Si dividimos la EM observada en el hospital por la esperada si tuviera a los pacientes de cada tipo el mismo tiempo ingresado que el patrón (EMAF), obtenemos el Índice de Estancia Media Ajustado (IEMA), que nos permite juzgar la eficiencia funcional de forma simple. Si el índice es superior a 1 el hospital tiene a los pacientes ingresados más tiempo de lo esperado, y viceversa, un índice inferior a 1 lo posiciona como funcionalmente más eficiente.

A pesar que en ambos casos, análisis de los brutos y depurados, las estancias medias aumentaron, el hospital sigue mostrando eficiencia si consideramos el Índice de Estancia Media Ajustada, el que durante todo el periodo se mantiene bajo 1.

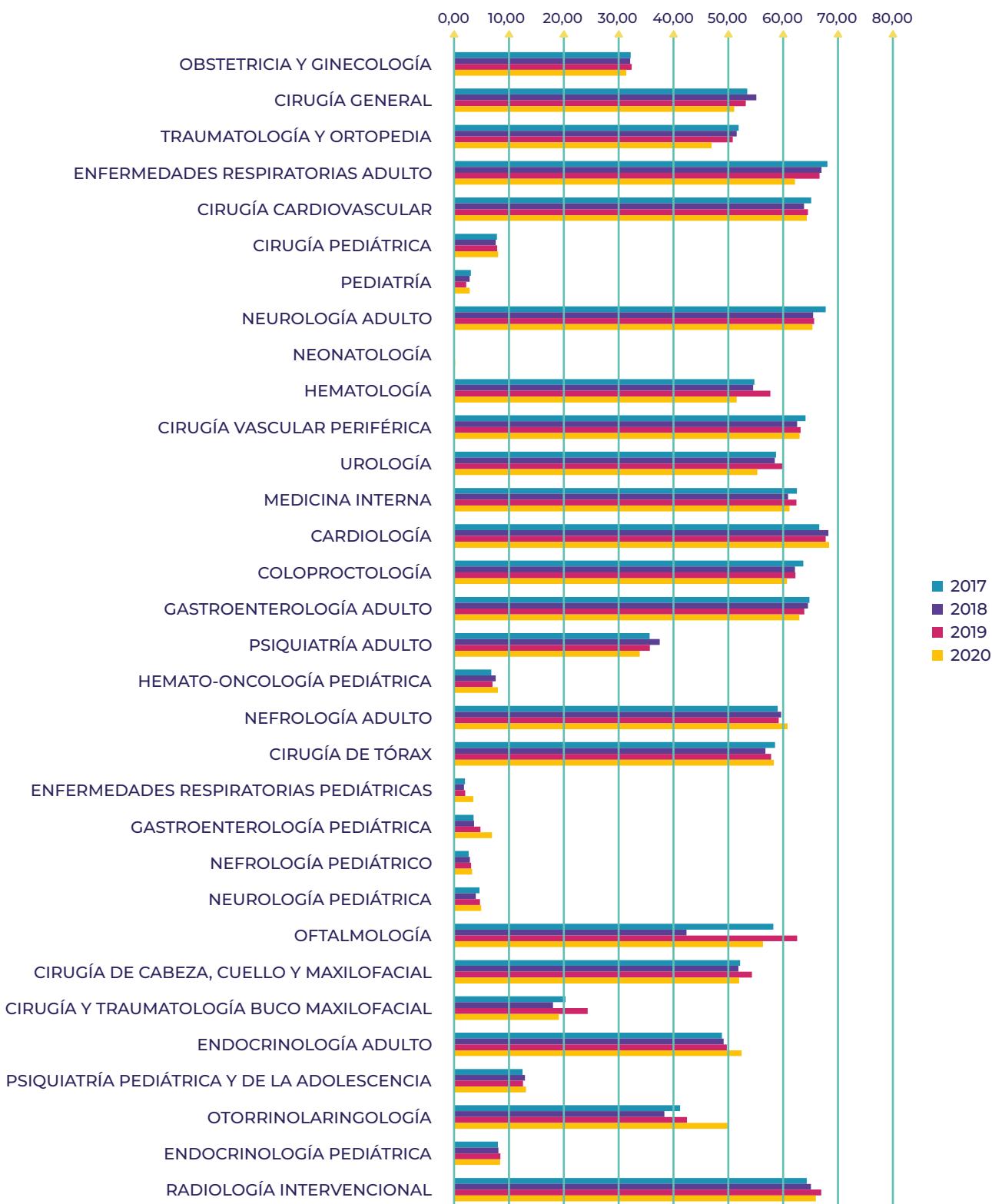
EGRESOS POR ESPECIALIDAD



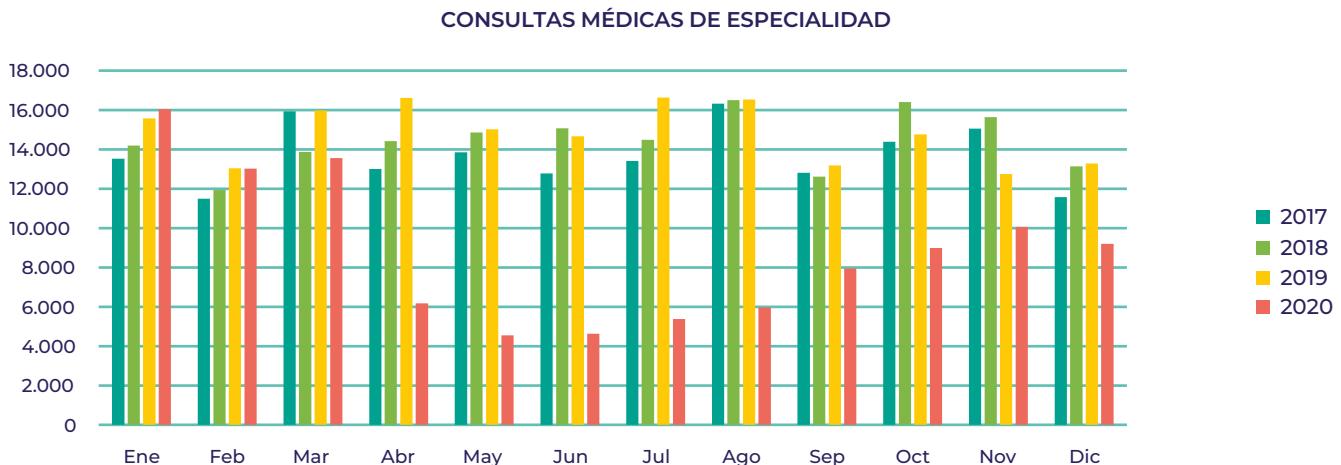




EDAD MEDIA



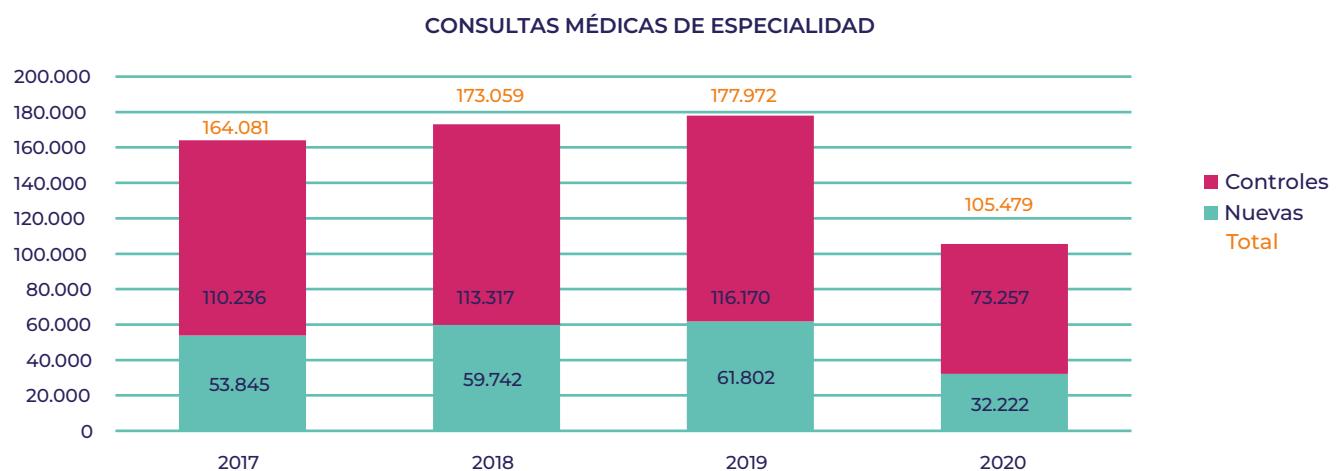
2.4.2 Consultas Médicas de Especialidad



La producción de Consultas médicas se ve afectada por los dos grandes acontecimientos del periodo:

- Desde entre octubre y diciembre del año 2019 una baja producto del estallido social
- Desde marzo a diciembre del 2020 la pandemia.

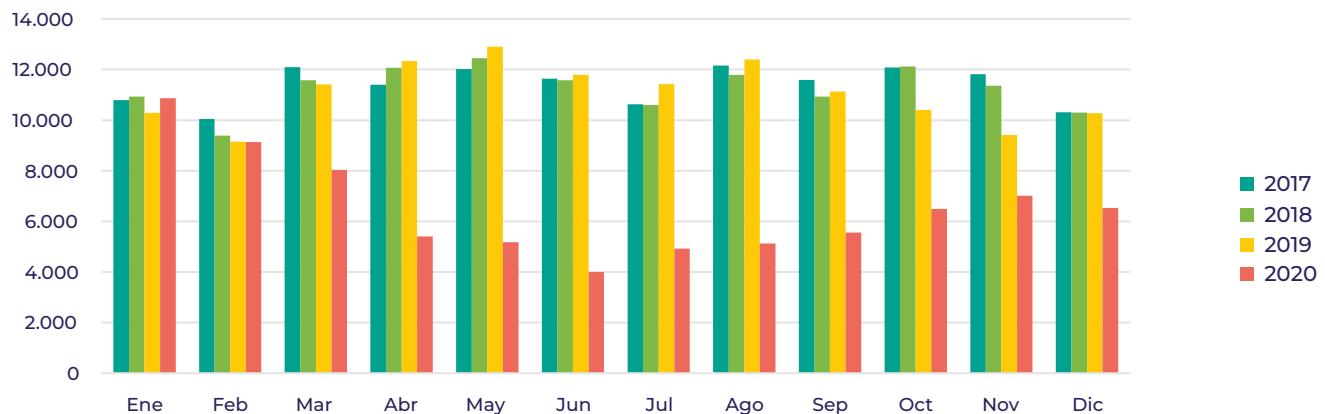
La relación entre nuevas y controles se mantiene sobre el 30%, con una baja importante durante el año 2020.



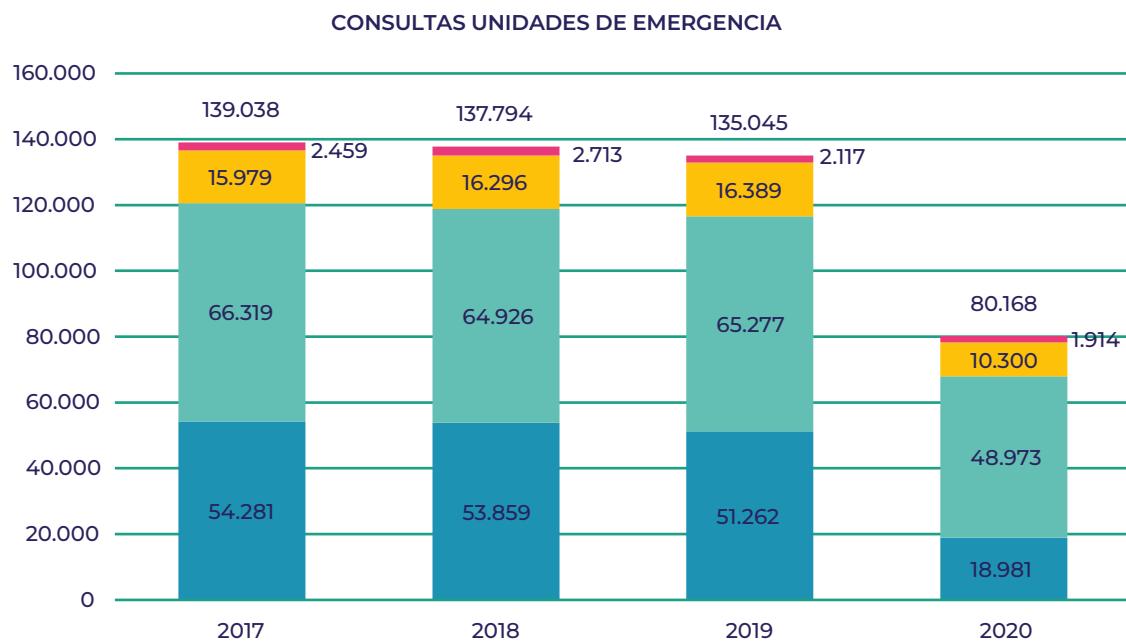
2.4.3 Consultas de Urgencia

El mismo efecto observado en el caso de las consultas médicas de especialidad, se observa en la consultas de urgencia.

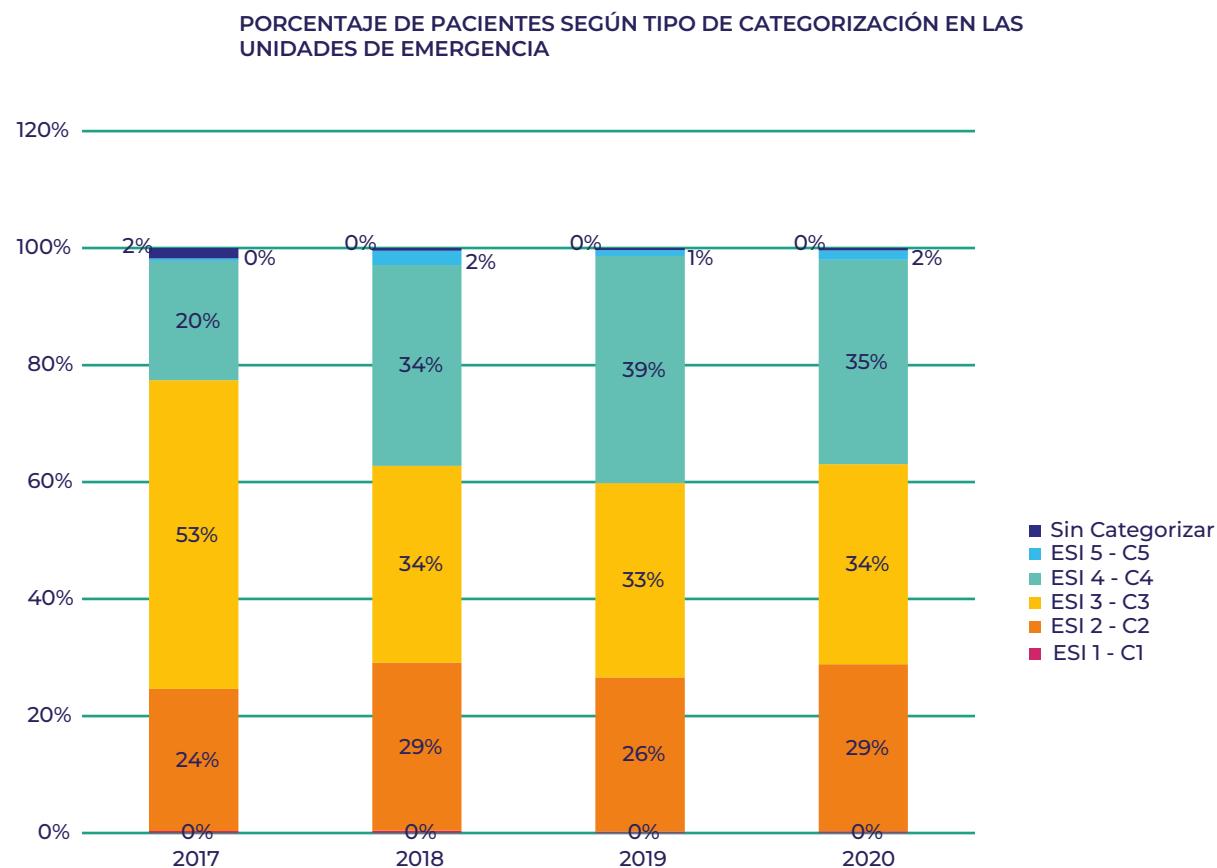
CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA



El mayor impacto se observa en las consultas médicas de urgencia infantiles, que entre el año 2019 y 2020 muestran una reducción del 62,9%.

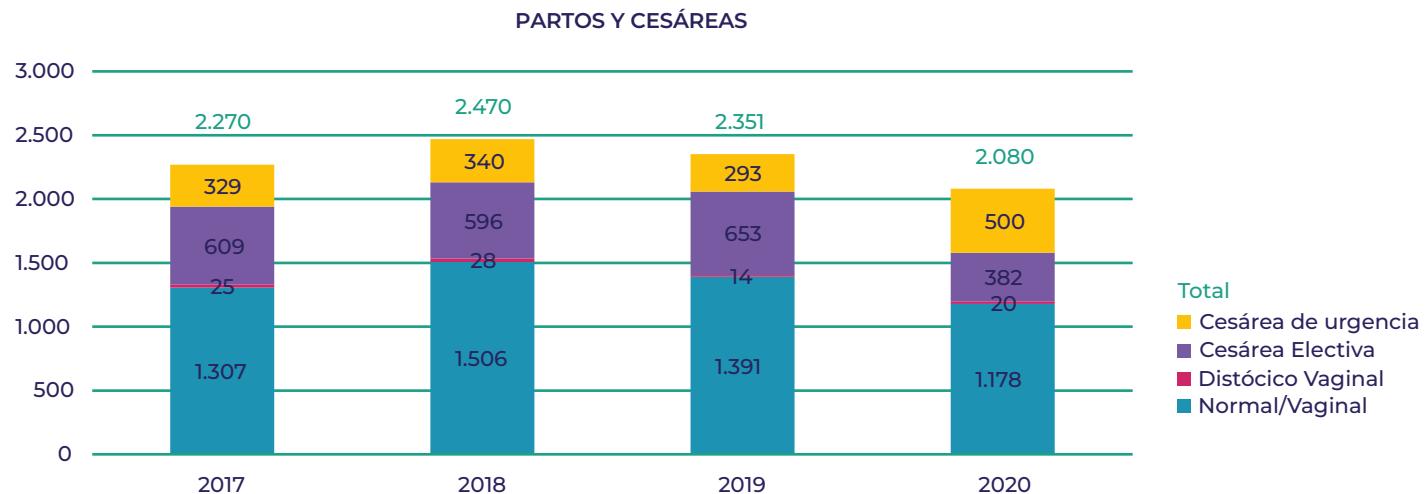


Respecto al tipo de categorización de pacientes está sigue estando dominada en primer lugar por ESI 4, seguido por ESI 3 y los ESI 2.



2.4.4 Partos y cesáreas

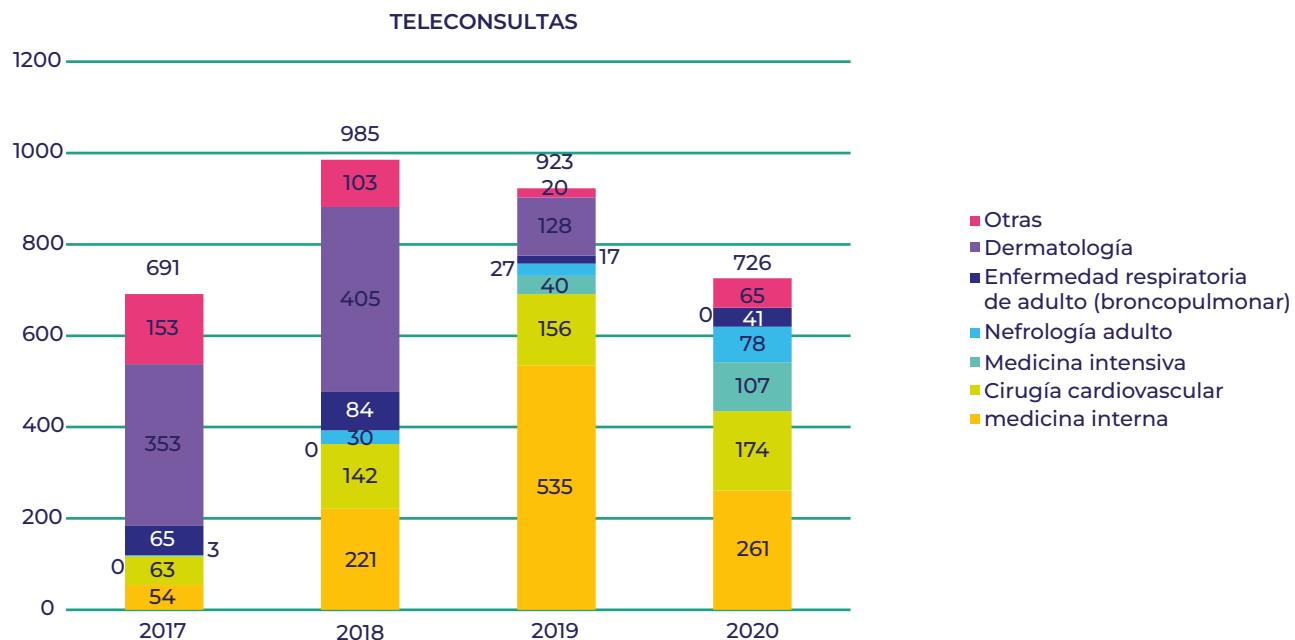
Siguiendo la tendencia país, el número de nacimientos muestra una tendencia a disminuir.



Se observa que durante el periodo de análisis, el porcentaje de cesáreas sobre nacimientos supero en todos los casos el 40%, con un máximo observado durante el año 2020 de 42,4%.

2.4.5 Teleconsultas

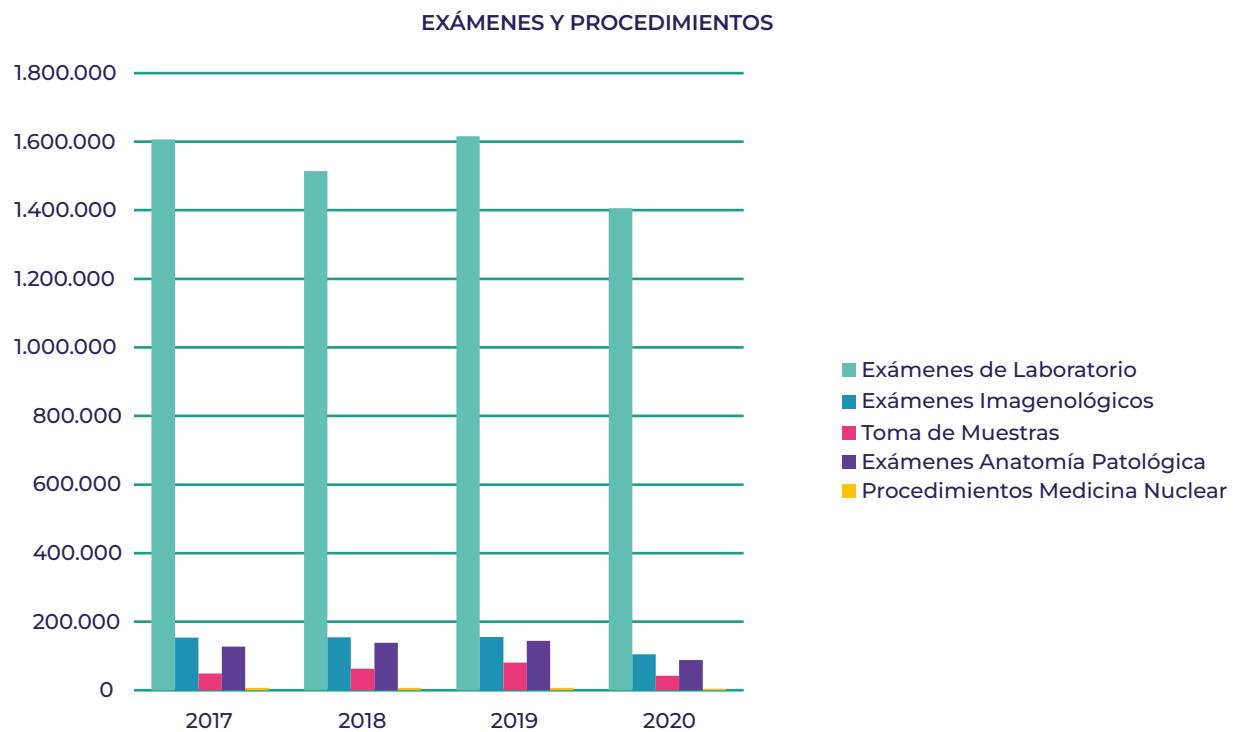
En el siguiente cuadro se muestra la producción de teleconsultas médicas, según especialidad.



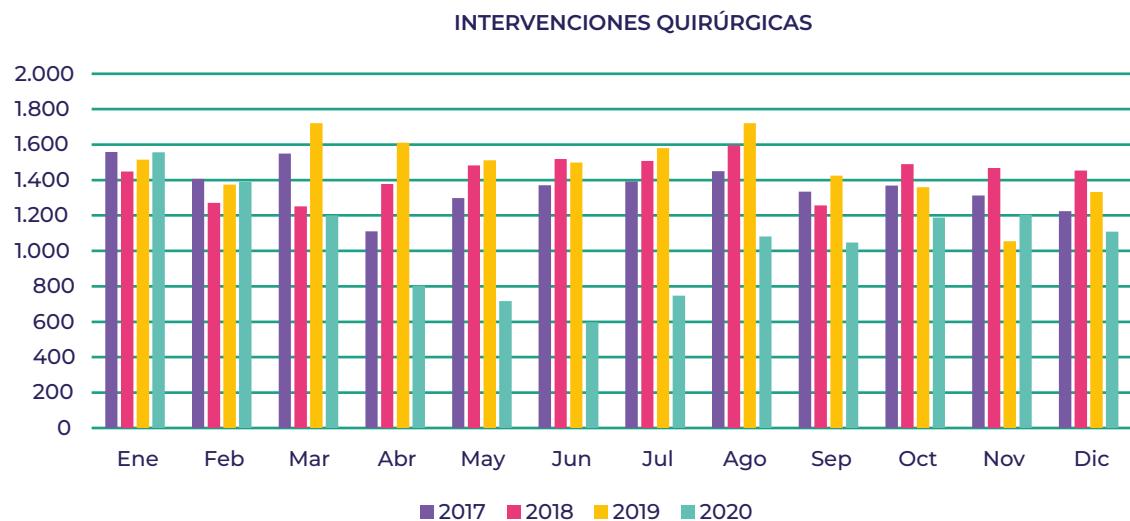
2.4.6 Exámenes y Procedimientos

La producción de exámenes de laboratorio, Imagenológicos y de Anatomía Patológica mostraban una tendencia al alza afectada por la pandemia. Misma situación sucede con la toma de muestras fuertemente correlacionada con la producción de laboratorio.

En el caso de Medicina Nuclear su producción entre los años 2017 – 2019 es más estable, pero cae fuertemente en el año 2020.



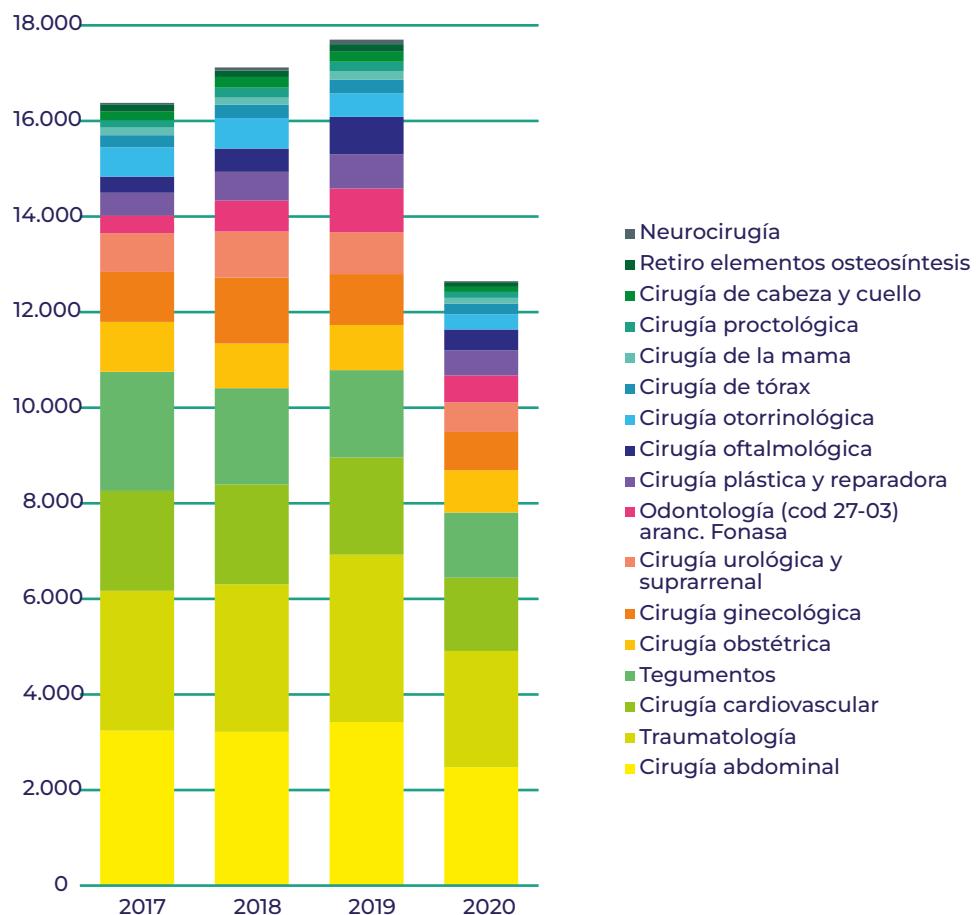
2.4.7 Intervenciones Quirúrgicas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN TIPO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN ESPECIALIDAD



3. EQUIPO DIRECTIVO

A continuación se presenta al equipo directivo que lideró el desarrollo de esta Planificación Estratégica:

Dr. Guillermo Rojas

A continuación se presenta al equipo directivo que lideró el desarrollo de esta Planificación Estratégica:



Dr. Raúl Oyarce
Subdirector Médico (s)



Gloria Balcazar
Subdirectora de
Gestión del Cuidado



Germán Laurel
Subdirector
Administrativo (s)



María Pérez
Subdirectora
Desarrollo y Gestión
del Cuidado (s)



Priscilla Luna
Subdirectora
Gestión del
Usuario (s)



Rodrigo Hernández
Subdirector
de Operaciones (s)

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

4.1 MISIÓN

Somos un establecimiento público asistencial, docente, autogestionado, acreditado y de alta complejidad, de referencia nacional y regional, que participa plenamente de la red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, con el compromiso de entregar una atención de salud amable, con estándares de calidad, seguridad, eficiencia y la mejor tecnología disponible, centrados en la satisfacción del usuario.

4.2 VISIÓN

Aspiramos a ser el hospital más moderno y complejo de la macrozona centro-norte, reconocido por la comunidad usuaria por su eficiencia, calidad y calidez en la atención, principal colaborador en la formación de los futuros profesionales de salud y con una alta adaptabilidad y flexibilidad de sus personas para enfrentar los cambios epidemiológicos del país y la región.

4.3 VALORES

Vocación de servicio: En cada una de nuestras acciones privilegiamos el desarrollo y el crecimiento de la salud pública, estando siempre atentos y comprometidos con la calidad de atención y servicio que se les entrega a los usuarios del Hospital.

Compromiso: Queremos dar lo mejor de nosotros en pos de la mejora de las condiciones de salud de la personas, buscando impactar de manera positiva en su calidad de vida, la de sus familias y su entorno.

Compromiso: Queremos dar lo mejor de nosotros en pos de la mejora de las condiciones de salud de la personas, buscando impactar de manera positiva en su calidad de vida, la de sus familias y su entorno.

» **Probidad:** Buscamos el interés general del establecimiento siempre por sobre los individuales y particulares, demostrando así que nuestro trabajo se basa en la rectitud de nuestros actos administrativos y clínicos.

» **Trabajo en equipo:** Nuestro esfuerzo colectivo por la salud de las personas, refleja el esfuerzo que realizamos por articular la suma de esfuerzos, acciones, visiones, e ideas de cada uno de los funcionarios.

» **Responsabilidad:** Las decisiones y acciones de cada uno de los miembros del equipo de salud del hospital están enmarcadas en la protección de la población, el uso eficiente y equitativo de los recursos públicos y la equidad en la oportunidad del acceso a la atención en salud de las personas.

» **Liderazgo:** Cada uno de los funcionarios del hospital debe reconocerse a sí mismo como protagonista en la realización de los logros del establecimiento, así como integrante de equipo humano que es parte activa de la red de salud.

» **Calidad:** Queremos que la atención en salud que reciban las personas sea de excelencia, tanto técnica como humanamente, propendiendo al fortalecimiento de una cultura de calidad al interior del hospital, la cual permite dar a los usuarios garantías de seguridad en las prestaciones que reciben.

5. ANÁLISIS INTERNO Y DEL ENTORNO DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

El análisis interno y del entorno FODA se realizó de forma participativa, siendo las subdirecciones las encargadas de llevar a cabo las actividades asociadas.

Cada Fortaleza, Oportunidad, Debilidad y/o Amenaza, fue ponderada de acuerdo a la siguiente tabla:



5.1 FORTALEZAS

REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Existencia de Unidades con equipo cohesionado y con altos grados de madurez en el desarrollo de sus tareas, respondiendo con fundamento los requerimientos externos e internos, tanto en materias que son de su responsabilidad exclusiva, como en aquellas que implican orientaciones a los responsables.	RRHHH	
Personal con experiencia en el que hacer hospitalario, vocación de servicio y disposición a los nuevos desafíos.	ADM. ABASTECIMIENTO	
Personal con experiencia en el que hacer hospitalario, vocación de servicio y disposición a los nuevos desafíos	ADM. FINANCIERA	
Capacidad de coordinación y trabajo en equipo	ADM. FINANCIERA	
Capacidad de coordinación y trabajo en equipo	TIC	
Capacidad de coordinación y trabajo en equipo	ADM. ABASTECIMIENTO	
Personal con experiencia en el que hacer hospitalario, vocación de servicio y disposición a los nuevos desafíos.	ADM. ABASTECIMIENTO	
Equipo Multidisciplinario con amplia experiencia en Salud.	RR.HH.	
Hospital Docente	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Financiamiento del proyecto BI-HIS-ERP que ayudan al quehacer hospitalario.	TIC	
Hospital Re-acreditado.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
UGAA: Unidad que canaliza las vías de ingreso institucional, en términos de derivación a especialidades ambulatorias	ADM. OPERATIVA	
Experiencia	RR.HH.	
S. Social: Compromiso y competencia técnica de los profesionales de la unidad de Servicio Social	ADM. OPERATIVA	
S.Usuaria: Continuidad en la aplicación de encuesta de percepción de satisfacción usuaria, de manera transversal, en las áreas de Atención abierta, cerrada y emergencias, en los ámbitos de Cumplimiento de Derechos y Deberes, Satisfacción usuaria y Trato usuario.	GESTION DEL USUARIO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
P.Social: Contamos con un Consejo Consultivo de Usuarios, que participa de las acciones institucionales como Cuenta Pública, Diálogos ciudadanos, difusiones territoriales, entre otros.	GESTION DEL USUARIO	
UGDA: Cumplimiento de la utilización de la oferta institucional manejados por la Unidad, para el agendamiento de consultas y procedimientos ambulatorios.	ATENCION ABIERTA	
UGAA: Unidad con flujos definidos y protocolizados.	ADM. OPERATIVA	
Jefaturas especializadas en sus áreas.	ADM. OPERATIVA	
S.Usuario: Contar con sistema de 4to turno de profesional enlace en salas de espera de Unidades de Emergencias (adulto, ginecobstetra e infantil).	GESTION DEL USUARIO	
Archivos Clínicos: Unidad que cuenta con protocolos y manuales estandarizados y socializados.	ADM. OPERATIVA	
Existencia de un plan que prioriza el Desarrollo de Especialidades y subespecialidades de acuerdo a necesidades.	RR.HH.	
Reducción de brecha en infraestructura y tecnología en el nuevo Hospital.	ADM. OPERATIVA	
Hospital referente para la macro red y nivel nacional.	APOYO GESTÓN ESTRATÉGICA	
Existencia de mecanismos de coordinación y gestión en distintos ámbitos, con jefaturas, secretarías, y con otras reparticiones públicas como el SSVQ, Seremi de Salud, juzgados, Fiscalía, etc.	RR.HH.	
UGDA: Capacidad del personal para adaptarse a los cambios del entorno (nuevo sistema informático).	RR.HH.	
Implementación de equipos de trabajo orientados a proceso y no a funciones específicas.	RR.HH.	
OIRS: Compromiso y colaboración de las unidades de SDGU a la respuesta oportuna de los requerimientos ciudadanos.	ADM. OPERATIVA	
Unidades definidas con funciones claras.	ADM. OPERATIVA	
Disponer de equipos de última generación y acorde a la complejidad de los usuarios.	APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	
Hospital acreditado, es decir cumple con los estándares mínimos para entregar una atención segura.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Centro de referencia regional y nacional para algunas patologías complejas y quirúrgicas.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Existencia de un equipo de enfermería estructurado, organizado y capacitado para liderar la gestión del cuidado en cada servicio clínico.	RR.HH.	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Cierre de brecha de RR.HH.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
UGDA: Cumplimiento de la utilización de la oferta institucional manejados por la Unidad, para el agendamiento de consultas y procedimientos ambulatorios.	ATENCIÓN ABIERTA	
Personal comprometido responsable y resolutivo	ADM. ABASTECIMIENTO	
Personal comprometido responsable y resolutivo	TIC	
Personal comprometido responsable y resolutivo	ADM. FINANCIERA	
Acceso a Capacitación a todo el personal	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
OIRS: Contar con miembros expertos de la unidad permitiendo procesos de inducción al personal nuevo	ADM. OPERATIVA	
Renovación Generacional	RR.HH.	
Buen Clima Laboral	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Alta motivación de nuevos funcionarios	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Tener la posibilidad de cambios de servicios para mayor preparación y formación en el ambiente clínico de atención directa.	RR.HH.	
El enfoque de la atención clínica se ha desarrollado en aspecto Bio- psicosocial	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Hospital con infra estructura nueva con espacios más amplios para el desarrollo de la actividad clínica	ADM. OPERATIVA	
Equipo altamente calificado	ADM. ABASTECIMIENTO	
Equipo comprometido	ADM. ABASTECIMIENTO	
Conocimiento de las funciones a realizar	ADM. ABASTECIMIENTO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



5.2 OPORTUNIDADES

REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Restructuración de unidades, con objeto de mayor productividad.	ADM. OPERATIVA	
Implementación del nuevo proyecto Conecta SSVQ	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Reconocimiento ciudadano gracias a la pandemia.	GESTIÓN DEL USUARIO	
Desarrollo de la Red, aumento de la resolutividad de la red con la Pronta habilitación de los hospitales Biprovinciales Quillota Petorca y Marga Marga.	ADM. OPERATIVA	
Contar con unidad de abastecimiento y distribución de insumos clínicos y no clínicos	ADM. ABASTECIMIENTO	
UGAA: Fomentar la correcta derivación de solicitudes internas de especialidades ambulatorias	ATENCIÓN ABIERTA	
Profesionalización de las unidades	RR.HH.	
UGAA: Fomentar la correcta derivación de solicitudes internas de especialidades ambulatorias	ADM. OPERATIVA	
Contar con un convenio docente asistencial vigente para promover espacios de internado y obtener RRHH orientado e inducido para suplencias y futuros cargos.	RR.HH.	
Fortalecer el programa de atención domiciliaria para mejorar el flujo de los pacientes hospitalizados.	ATENCIÓN DOMICILIARIA	
El sector Salud cuenta con normas e instrucciones que delimitan su actuar.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Transferencia de conocimientos y buenas prácticas entre unidades de similares características y funciones pertenecientes a la red Hospitales del Servicio de Salud.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Alta sensibilización de las Autoridades y ciudadanía en materias de control y corrupción.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Retribución Universidades. Alianzas con Universidades o convenios.	RR.HH.	
S.Social: Ser reconocido como una área necesaria dentro de la intervención de salud, contando con una mesa de trabajo social en la red	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Archivos Clínicos: Contar con un nuevo sistema informática que aumentará la trazabilidad física de la ficha clínica.	TIC	
Archivos Clínicos: aumentar la oportunidad/disponibilidad de Ficha Clínica en atención ambulatoria.	ADM. OPERATIVA	
S.Usuario: Gestión de enlace comunicacional entre el usuarios, médico y familiar.	GESTIÓN DEL USUARIO	
S. Usuario: Conocer la percepción de satisfacción de usuarios (as) en relación al establecimiento.	GESTIÓN DEL USUARIO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
P. Social: Actualización del Consejo Consultivo de Usuarios, por vigencia del periodo de la directiva.	GESTION DEL USUARIO	
UGDA: Contaremos con un nuevo sistema informático local que permitirá agilizar los procesos administrativos informáticos implementados a diario por la unidad	TIC	
Fortalecer la gestión de camas y de pacientes para favorecer y mejorar el traslado de pacientes hacia la red.	GESTION DE CAMAS	
S.Social: Visualización del paciente socio sanitario en el sistema salud	GESTION DEL USUARIO	
OIRS: La sensibilización de ciertos Jefes de servicios clínicos y administrativos para la gestión y resolución de los requerimientos ciudadanos, por el impacto social que éstos tienen.	ADM. OPERATIVA	
Formación de estructura de Matronería desde Minsal.	ATENCION HOSPITALIZADOS	
Publicación de Leyes a favor de la mujer en su etapa reproductiva	ATENCION HOSPITALIZADOS	
Aprovechar el cambio de hospital para promover la mejora en la atención entregada a los pacientes, favoreciendo la motivación, empatía del personal.	APOYO GESTION ESTRATEGICA	
El desarrollo de esta Planificación estratégica de parte del resto de las Subdirecciones para mejorar o aplacar nuestras debilidades o amenazas	ADM. FINANCIERA	
Estrategias informáticas Ministeriales que nos permitirán informatizar procesos	ADM. FINANCIERA	
Estrategias informáticas Ministeriales que nos permitirán informatizar procesos	ADM. ABASTECIMIENTO	
Estrategias informáticas Ministeriales que nos permitirán informatizar procesos	TIC	
El desarrollo de esta Planificación estratégica de parte del resto de las Subdirecciones para mejorar o aplacar nuestras debilidades o amenazas	TIC	
El desarrollo de esta Planificación estratégica de parte del resto de las Subdirecciones para mejorar o aplacar nuestras debilidades o amenazas	ADM. ABASTECIMIENTO	
Cambio a Hospital nuevo ofrece mejoras en infraestructura y equipamiento	ATENCION HOSPITALIZADOS	
Actividades de auto cuidado a nivel de Hospital	ADM. ABASTECIMIENTO	
Permanentes capacitaciones en distintas materias sin costo para los funcionarios	ADM. ABASTECIMIENTO	
Migración al nuevo Hospital, lo que permitirá una mejor de los espacios de trabajo	ADM. ABASTECIMIENTO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



5.3 DEBILIDADES

REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Falta de RRHH	RR.HH.	
Archivos Clínicos: No contar con la ficha clínica física al momento de la atención de salud	ADM. OPERATIVA	
Falta formalización, institucionalización, internalización y difusión de procesos protocolizados (estandarización de etapas y subetapas) y responsabilidades.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Personal con Falta de capacitación en los nuevos sistemas, o especialización en diversas materias	ADM. FINANCIERA	
Personal con Falta de capacitación en los nuevos sistemas, o especialización en diversas materias	ADM. ABASTECIMIENTO	
Falta de planificación que determine responsables, objetivos y control de cumplimiento	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Falta de Sistemas de Información que apoyen los procesos (monitoreo, seguimiento, evaluación, etc.) y la utilización de la información para la toma de decisiones.	TIC	
Directivos sin conocimiento en gestión de indicadores	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
OIRS: Escasa oportunidad de respuesta a requerimientos ciudadanos, desde los servicios clínicos	ADM. OPERATIVA	
S.Social: Falta de comunicación con los servicios clínicos	ADM. OPERATIVA	
UGAA: Ausentismo	RR.HH.	
UGDA: Falta de integración de los sistemas informáticos	TIC	
P.Social: Inexistencia de representación institucional en el registro de socios del consejo consultivo de usuarios	ADM. OPERATIVA	
S.Uxaria: Largos tiempos de espera asociado a la atención de unidades de emergencias	GESTIÓN DEL USUARIO	
Falta de apoyo informático	TIC	
Inadecuado nivel de alfabetización informática en los funcionarios del establecimiento.	TIC	
Plan de capacitación no se coordina con Planificación del Establecimiento, dificultando el desarrollo de las competencias necesarias para el cumplimiento de los objetivos.	RR.HH.	
Falta de mecanismos de incorporación del entorno familiar en la entrega de prestaciones de salud.	GESTIÓN DEL USUARIO	
UGDA: Falta de actualizan de datos de contacto de paciente para gestionar lista de espera ambulatoria	GESTIÓN DEL USUARIO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Falta de liderazgo	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
No cumplimiento de tareas encomendadas, en oportunidad y calidad, siendo como cultura organizacional.	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Falta de Gobernanza	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Archivos Clínicos: No contar con espacio disponible para nuevas fichas creadas	ADM. OPERATIVA	
Falta de desarrollo de principios organizacionales en Buen Trato.	RR.HH.	
Déficit de competencias relativas a auditorías a las tecnologías de información.	RR.HH.	
Determinación de brechas de RRHH, acorde a la planificación del establecimiento, de manera de reducir estas a través de proceso de reclutamiento orientados a los objetivos del establecimiento.	RR.HH.	
Falta de actualización de procedimientos, protocolos, con su socialización y aplicación efectiva de ellos	ADM. ABASTECIMIENTO	
Déficit en el sistema de adquisición de insumos clínicos integrado y operativo.	ADM. ABASTECIMIENTO	
Alta rotación de personal, lo que impide una buena adherencia a al cumplimiento de protocolos, asociado a un periodo corto de inducción y orientación.	RR.HH.	
Competencia de campo laboral desde otras instituciones y sectores, que han hecho emigrar personal preparado es áreas de especialidad, por ejemplo, UPC, pabellón.	RR.HH.	
Proceso de inducción y orientación reducidas que no permiten dar a conocer en detalle los protocolos institucionales, las funciones que cada uno debe cumplir, el sistema de precalificación y las normativas internas.	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Falta de dotación de personal continua 24/7, para cubrir servicio de soporte informático en el Hospital.	TIC	
Elevado ausentismo de personal	ADM. FINANCIERA	
Desgaste del RRHH clínico por sobrecarga laboral, ausentismo y alejamientos preventivos. Sumado a la presencia de personal con patologías crónicas y musculo esqueléticas.	ADM. ABASTECIMIENTO	
La infraestructura nueva ha presentado deficiencias técnicas y de estructura que han afectado la atención clínica.	ADM. OPERATIVA	
Falta de interés del equipo en elaboración de proyectos de mejora continua e investigación.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Remuneraciones por debajo de lo ofrecido actualmente en el mercado.	RR.HH.	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Falta de capacitación para el personal	RR.HH.	
Alta resistencia al Cambio de funcionarios antiguos de UPC NEO	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Inestabilidad de telecomunicaciones al interior del nuevo Hospital.	TIC	
Mucho recurso humano externalizado	RR.HH.	
Existen deficiencias en la Infraestructura actual de servicios clínicos, de apoyo y administrativos que impiden el logro de los objetivos del establecimiento.	ADM. OPERATIVA	
Alta rotación de suplentes.	RR.HH.	
Falta de reconocimiento transversal al personal del hospital por el esfuerzo realizado en tiempos de contingencia.	RR.HH.	
Falta de tecnología y herramientas para el control de bienes.	ADM. FINANCIERA	
Falta de actualización de procedimientos, protocolos, con su socialización y aplicación efectiva de ellos	TIC	
S.Usuario: No se cuenta con herramienta tecnológica que facilite el procesos de aplicación y análisis de las encuestas	TIC	
Falta de actualización de procedimientos, protocolos, con su socialización y aplicación efectiva de ellos	ADM. FINANCIERA	
Equipo conformado en su mayoría por personal con poca experiencia.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Infraestructura adecuada	ADM. ABASTECIMIENTO	
Personal con Falta de capacitación en los nuevos sistemas, o especialización en diversas materias	TIC	
Brecha de Recurso Humano	ADM. ABASTECIMIENTO	
Falta de tecnología actualizada	ADM. ABASTECIMIENTO	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



5.4 AMENAZAS

REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Aumento de costos operacionales	ADM. OPERATIVA	
Nuevas crisis sanitarias globales que obligan a una rápida respuesta, tensionando el sistema de salud.	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
No desarrollar la 2a etapa del proyecto de normalización del Hospital Dr. Gustavo Fricke, restando infraestructura y equipamiento a la resolutividad de la red.	ADM. OPERATIVA	
Red de hospitales con inadecuado desarrollo de su capacidad resolutiva, significando una sobredemanda del Hospital Base.	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Desarrollo de Especialistas y Subespecialistas determinado a nivel central sin responder a la planificación del establecimiento, basado en las brechas de demanda insatisfechas.	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Inexistente gestión en Red y liderazgo por parte del Servicio de Salud	APOYO GESTIÓN ESTRÁTÉGICA	
Planificación de los requerimientos de insumos, fármacos y servicios, de parte de la comunidad hospitalaria	ADM. ABASTECIMIENTO	
Cesación de pago de parte de servicios públicos (licencias médicas Fonasa)	ADM. FINANCIERA	
Desconocimiento de las normas por parte de la comunidad hospitalaria respecto de la responsabilidad administrativa en la tenencia de bienes	ADM. FINANCIERA	
Déficit Presupuestario	ADM. ABASTECIMIENTO	
Déficit Presupuestario	ADM. FINANCIERA	
Obsolescencia Tecnológica y falta disponibilidad de equipamiento tecnológico en el mercado	TIC	
Pérdida de credibilidad y exceso de trabajo, a causa de la gestión otras subdirecciones.	ADM. OPERATIVA	
Periodo de pandemia de más de un año de curso, afectando el número y calidad del RRHH. Periodo de pandemia de más de un año de curso, afectando el número y calidad del RRHH.	RR.HH.	
Referentes técnicos del Servicio de Salud que no cuentan con la experiencia y conocimientos necesarios para cumplir con su labor de contraparte técnica, retrasando o dificultando los procesos.	RR.HH.	
S.Usuario: Aumento de requerimientos ciudadanos	GESTIÓN DEL USUARIO	
S.Usuario: Alto número de usuarios categorizados ESI 4 y ESI 5 en Unidades de Emergencias	GESTIÓN DEL USUARIO	
Archivos Clínicos: Incumplimiento de la devolución de ficha clínica física	ADM. OPERATIVA	
Archivos Clínicos: incumplimiento de solicitud oportuna de ficha clínica.	ADM. OPERATIVA	

NIVEL DE IMPORTANCIA DEL FACTOR FODA



REGISTRO	CRITERIO	NIVEL
Riesgo de mercado atractivo y competitivo en la perdida/obtención de funcionarios altamente calificados debido a la falta de incentivos.	RR.HH.	
Presencia de un aumento importante de permisos de alejamiento de personal clínico, que ha afectado el funcionamiento de los servicios.	RR.HH.	
Quiebres de stock mundial en insumos relevantes para uso en periodo de pandemia.	ADM. ABASTECIMIENTO	
Falta normativa asistencial docente actualizada que incorpore la responsabilidad de los establecimientos y centros formadores.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
P.Social: La polifuncionalidad de los dirigentes sociales, ante una participación pasiva de la comunidad	GESTIÓN DEL USUARIO	
Existencia de brecha entre expectativas externas y nuestra de capacidad de resolución.	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
Aceleración de cambios perfil epidemiológico, originado con el efecto de migración	APOYO GESTIÓN ESTRATÉGICA	
S. Social: la derivación poco oportuna de los casos sociales a la unidad para gestión.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Movilizaciones	RR.HH.	
UGDA; Alta carga laboral debido a suspensión y recitaciones.	ATENCIÓN ABIERTA	
UGDA: Inasistencia del usuario a su atención	GESTIÓN DEL USUARIO	
UGDA: Falta de Auditoria oportuna de solicitudes ambulatorias desde el área clínica	ATENCIÓN ABIERTA	
UGAA: Incumplimiento de los procesos de derivación al establecimiento.	ADM. OPERATIVA	
S.Social: Desconocimiento de los servicios clínicos de la labor de la profesión del trabajador social y el modelo biopsicosocial.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
OIRS: Judicialización de la salud	GESTIÓN DEL USUARIO	
Incidencias estructurales, de climatización, falla de servicios externos (Electricidad Servicio de Internet) que puedan ocasionar perdidas de servicios.	TIC	
Personal de UPCNEO está en falencia en el mercado.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Desprestigio de la Salud Pública en redes sociales.	ATENCIÓN HOSPITALIZADOS	
Presencia de usuarios más demandantes, exigen respuestas más oportunas y a corto plazo, usando las redes sociales.	GESTIÓN DEL USUARIO	
Resistencia al cambio de parte de la comunidad hospitalaria al uso de nuevos sistemas.	TIC	
Ataques ciberneticos	TIC	



6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.
2. Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.
3. Trato Humanizado.
4. Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.
5. Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios.

7. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

7.1 POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

7.1.1 Política de Reclutamiento y Selección de Personal

Desarrollar el proceso de Reclutamiento y Selección de personas basado en la Gestión por Competencias, de acuerdo con las orientaciones del Servicio Civil; salvaguardando para los postulantes la igualdad de oportunidades, la no discriminación al acceso, confidencialidad de la información, transparencia y objetividad en el desarrollo de los mismos.

7.1.2 Política de Desarrollo de las Personas

Se desarrollarán acciones que faciliten la adaptación de los funcionarios/as a su lugar de trabajo, desarrollando permanentemente habilidades, conocimientos y destrezas que permitan la flexibilidad y adaptabilidad a los cambios, brindando así una atención de salud que permita orientada la equidad, inclusión, autonomía, participación y un trato digno, humanizado y acogedor hacia la comunidad, siendo una herramienta estratégica y sistemática de gestión institucional, en coherencia con los objetivos y lineamientos de la organización.

7.1.3 Política de Equidad de Género

Implementar estrategias que faciliten el avance en la equidad de género, desarrollando condiciones laborales inclusivas y no discriminatorias, donde los/las funcionarios y funcionarias puedan tener acceso igualitario en todos los ámbitos y contextos de la organización, permitiendo así disminuir brechas de género que puedan existir.

7.1.4 Política de Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional

Se asegurará la protección de los trabajadores, en el ámbito de la Prevención de Riesgos Ocupacionales y de la Vigilancia en Salud Laboral, generando programas para prevenir e identificar los riesgos provenientes del trabajo y la organización, independiente de su situación contractual, en un marco de atención amable, con estándares de calidad, seguridad y eficiencia, promoviendo lugares de trabajo seguros dentro de la institución, cumpliendo la legislación vigente.

7.1.5 Política de Gestión de Personas

El ingreso de las personas a la Institución debe estar normado según los requisitos establecidos por la ley, velando por el cumplimiento oportuno de sus derechos, asignaciones y beneficios como parte de la Organización, asegurando el pago oportuno de sus remuneraciones, atendiendo cordial y respetuosamente sus necesidades y resolviendo eficazmente toda inquietud contractual que este pueda presentar.

7.2 POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE MEJORAMIENTO DE LOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN USUARIA

La política de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria del Hospital Dr. Gustavo Fricke, considerará al usuario y su familia como sujetos de derechos y deberes, con habilidades, capacidades e informados, a fin de colaborar de manera activa con su situación de salud en conjunto con el equipo clínico.

Se brindará una atención integral al usuario/a, favoreciendo el acceso, oportunidad de la atención y la participación individual y comunitaria, favoreciendo un trato digno, humanizado, amigable y acogedor.

La participación social será un eje de acción que enmarcará nuestro vínculo con el usuario y la comunidad, propendiendo hacia la co-responsabilidad en el cuidado de las instalaciones, los recursos, servicios y buen uso de la red de salud.

Se realizará medición de índices de satisfacción usuaria, como herramienta para el conocimiento y percepción de necesidades de usuarios/as, conducentes a la retroalimentación y la mejora continua de los procesos. La política se abordará desde los siguientes ámbitos de acción:

- ▶ Mejorar la satisfacción y experiencia usuaria, mediante una retroalimentación constante respecto a la atención y servicios otorgados por el establecimiento.
- ▶ Fomentar la participación social, mediante un trabajo planificado y colaborativo con el Consejo Consultivo de Usuarios del Hospital Dr. Gustavo Fricke y el Voluntariado del establecimiento.

7.3 PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA

La gestión clínica administrativa se articulará, de acuerdo a las diferentes modalidades de atención:

- 1.** Atención abierta de especialidad, que permite el acceso a los usuarios pertinentes de los niveles secundarios, con una cartera de servicios enfocado en procesos diagnósticos y terapéuticos altamente especializados.
- 2.** Atención cerrada con un enfoque de cuidados progresivos, que busca el uso eficiente de las camas hospitalarias de acuerdo a la demanda y en coordinación con la gestión centralizada de camas
- 3.** Atención de emergencia, capaz de hacer frente a la demanda espontánea de prestaciones de salud, adaptándose a las situaciones de contingencia.
- 4.** Atención ambulatoria, cuyas principales actividades se centran en la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Hospitalización domiciliaria, es decir la resolución de necesidades sin uso de la cama hospitalaria, mejorando la satisfacción usuaria, eliminando los riesgos asociados a los procesos de hospitalización y mejorando el uso de las camas.

Para la planificación de las actividades clínicas, se cuenta con una Cartera de Prestaciones vigentes, Orientaciones Ministeriales y del Gestor de Red, Garantías Explícitas, oferta y demanda asistencial, y un marco presupuestario establecido.

Se continuarán potenciando los procesos de registro, de modo de evidenciar la real complejidad de la atención que brindamos, fomentando así el reintegro de recursos.

Las herramientas a considerar en la gestión clínica son la medicina basada en la evidencia, la epidemiología clínica, y las técnicas de evaluación clínica.

Nuestro compromiso con la Calidad, será mantener la condición de Hospital Acreditado, mejorando día a día, la percepción del usuario en relación al trato y oportunidad.

La Formación y Capacitación de nuestros funcionarios, continuará formando parte de los desafíos en los próximos años, así como también, mejorar la actividad docente de pre y post grado.

7.4 PROCEDIMIENTOS DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS PROPIOS Y OTROS INGRESOS

Los procedimientos de recaudación de ingresos propios se ajustarán constantemente para dar cumplimiento a la normativa vigente, manteniendo para ello manuales actualizados.

Toda iniciativa propuesta desde nivel central, para la mejora de procesos, será analizada e implementada de acuerdo a la situación local.

Se trabajará con especial énfasis en la recuperación de Licencias Médicas ISAPRE, que representan un elevado porcentaje de los ingresos propios. Para ellos se continuará la aplicación de una política agresiva, caracterizada por:

- a) Control estricto de la deuda que mantienen las ISAPRES y FONASA con el hospital.**
- b) Realizar cobranzas periódicas mediante plataformas web de cada una de las ISAPRES.**
- c) Realizar cobranzas periódicas vía Ordinarios a ISAPRES y FONASA.**
- d) Mantener comunicación periódica mediante reuniones con Finanzas del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, a fin de acelerar los procesos de pagos por transferencias que realizan por concepto de subsidio por incapacidad laboral.**
- e) Mantener una comunicación directa con las ISAPRES, mediante los ejecutivos a cargo de la tramitación y pago de los subsidios por incapacidad laboral, de cada ISAPRE.**

Implementación de medidas de presión de pago, tal como gestionar retención de impuestos a la renta.

7.5 PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA INTERNA

La Unidad de Auditoría Interna del Hospital Dr. Gustavo Fricke tiene por misión proporcionar asesoría técnica al Director y a sus Equipos de trabajo en disciplinas alineadas con los objetivos del Ministerio de Salud de orden Administrativo, financiero, Control de Gestión y Clínico Asistencial, utilizando herramientas de control, entregando como resultado de su actuación medidas de control interno que permitan mejorar la calidad de los procesos y tutelar los recursos que le han sido asignados.

El trabajo de esta unidad se desarrolla de acuerdo con las Normas de Auditoría Nacionales e Internacionales Generalmente Aceptadas y con las Directrices Técnicas que entrega, tanto la Contraloría General de la República, como el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG). Estas incluyen la definición de Auditoría Interna, las normativas sobre ética que adhieren todos los profesionales de la Unidad y los enfoques técnicos para el desarrollo de todas las etapas del proceso de Auditoría Interna.

Estas normas, regulaciones y directrices constituyen los principios fundamentales para la práctica profesional de los Auditores y para evaluar la eficacia de su desempeño en la Organización.

Las orientaciones anteriores se ordenan y expresan en un Plan Anual, que considera trabajos de Aseguramiento priorizado en base a análisis de Riesgos, trabajos de Seguimiento, Auditorías encomendadas por la Dirección, Asesorías Técnicas, apoyo a gestiones de Contraloría General de la República y Actividades Administrativas.

7.6 SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

El sistema de salud es por definición un sistema complejo adaptativo caracterizado por ser dinámico, masivamente interrelacionado, que posee una tendencia a la autoorganización y responde contextualmente a su entorno. Además, como sistema complejo es diverso y se encuentra formado por varios agentes independientes e interrelacionados. Posee también la capacidad de adaptarse, al modificarse y aprender de la experiencia.

En este escenario, el establecimiento de metas, métricas de medición de cumplimiento y su monitoreo, le permiten no solo a las diferentes unidades alinearse a los objetivos organizacionales; también permite contar con alertas eficaces facilitar reaccionar oportunamente a las deviaciones respecto a los objetivos planteados.

Para ello es indispensable contar con información para apoyar la toma de decisiones. En este sentido la Planificación de la Unidad de Control de Gestión, se centrará en:

- ▶ Monitoreo y gestión de indicadores, locales y centrales, velando por su cumplimiento
- ▶ Desarrollo de modelo de centros de costos, con soporte en los nuevos sistemas de información
- ▶ Generación de competencias para explotar la información disponible, a través de los nuevos sistemas de información.

De esta forma se proyecta generar una estrategia de planificación y control, articulada en 3 pilares: Producción, Recursos financieros y Recursos Humanos

7.7 POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE GESTIÓN FINANCIERO-CONTABLE Y PRESUPUESTARIA

El objetivo principal del área financiera contable y presupuestaria es enmarcarse dentro del equilibrio financiero.

Para esto, se promoverán estrategias con el fin de garantizar el cumplimiento de los procesos clínicos, administrativos y operativos que permitan alcanzar los objetivos institucionales establecidos.

El compromiso responderá a la disponibilidad presupuestaria y estructura de ingresos, velando por un control permanente, eficaz y eficiente de la aplicación del presupuesto disponible, su asignación, control y monitoreo en forma transparente y permanente, y la generación de ingresos propios.

Se utilizarán los sistemas ministeriales y propios para el desarrollo de dichas actividades tales como SIGFE, SII, Acepta, Chile Compra, SIRH, y se continuará trabajando en la puesta en marcha del sistema ERP.

7.8 POLÍTICAS Y PLAN DE ACCIÓN DE SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES

Nuestra política de gestión operacional está basada en nuestra misión que es fundamentalmente "Ser capaces de entregar soluciones eficientes y oportunas a los servicios y/o unidades que la requieren, garantizando calidad y compromiso con nuestros pacientes y funcionarios, contribuyendo con el Hospital a entregar una atención de salud integral".

Para lograr una gestión eficiente y eficaz del equipamiento y de sus instalaciones alineados con los objetivos estratégicos de la institución en el corto y mediano plazo, hemos realizado cambios en nuestra estructura organizacional, logrando con ello la especialización y una mayor autonomía en las unidades, contribuyendo a una atención más segura, oportuna y de calidad en sintonía con los avances tecnológicos incorporados en cada una de las etapas que interactúan en la atención de nuestros pacientes.

Para cumplir con nuestros compromisos hemos definidos los siguientes objetivos:

- ▶ Dotar del recurso humano necesario a cada una de las unidades.
- ▶ Programa de capacitación para el personal por especialidad.
- ▶ Mantener y actualizar los programas de mantención.
- ▶ Supervisar y controlar el correcto funcionamiento del equipamiento clínico e industrial.
- ▶ Cumplir con los compromisos medio ambientales como parte de la red de hospitales verdes y saludables.

8. INDICADORES

8.1 MAPA ESTRATÉGICO

	USUARIOS	PROCESOS INTERNOS	APRENDIZAJE Y DESARROLLO	FINANCIERA
Eficacia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.	Gestión de días Pre Quirúrgicos	Gestión ausentismo mayor a 180 días. Índice Funcional Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables.	Implementación nuevo modelo de Centros de Costos.	Equilibrio Financiero. Porcentaje de eventos validados, Pago GRD.
	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores). Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados. Porcentaje de pérdidas de Inventario por solicitudes de servicio.	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos.	Porcentaje de Regularizaciones de compras - monto. Porcentaje de Tratos directos (Monto). Variación del gasto en compra de servicios.
Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.	Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red	Hospital Acreditado	Implementación Catálogo de Prestaciones	
	Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas Realizadas por Especialista	Porcentaje de reclamos Probidad Administrativa gestionados	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria
	Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina		
	Variación del Promedio de Días de Espera para Intervención Quirúrgica	Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrareferencia al alta de especialidad médica		
Trato Humanizado.	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días	Porcentaje de reclamos Trato gestionados.	Porcentaje de usuarias obstétricas que egresan sin RUT
	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas			
	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria			
	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas			

	USUARIOS	PROCESOS INTERNOS	APRENDIZAJE Y DESARROLLO	FINANCIERA
Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.	Porcentaje de Médicos PAO, cuya especialidad está relacionada con la Planificación HGF.	Porcentaje de utilización de la capacidad Campo Docente.	Planificación Anual Docente Asistencial.	Porcentaje de Becados PAO v/s EDF.
Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios	Aumento de Telemedicina.	Encuesta de Percepción Usuaria. Porcentaje de implementación de fases en los sistemas de información.	Porcentaje de capacitaciones realizadas en los nuevos sistemas de información.	Porcentaje de Becados que devuelven su beca en HCF.
	Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.	Procesos de selección de personal con diseño de perfiles de cargo que consideran la capacidad de adaptación y flexibilidad.		Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos

8.2 Detalle Indicadores

Indicador	OE1.U.1 - PORCENTAJE DE DESPACHO DE RECETA TOTAL Y OPORTUNO		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe de Farmacia	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo / Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual 99,5%	Mayor o igual 99,5%	Mayor o igual 99,5%	Mayor o igual 99,5%
Fuente de Dato	REM A04		
Razonamiento	Entregar a los usuarios los fármacos prescritos, de acuerdo a su esquema de tratamiento.		
Observaciones	Homologado a BSC D.4_1.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE1.U.2 - GESTIÓN DE DÍAS PRE QUIRÚRGICOS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Coordinador Quirúrgico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Suma de días de estada pre quirúrgicos del periodo)/(total de egresos del periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Diseño informe	Menor o igual a 1	Menor o igual a 1	Menor o igual a 1
Fuente de Dato	Sistema GRD		
Razonamiento	Utilización eficiente de las camas y oportunidad en el acceso.		
Observaciones	La medición se aplicará sobre pacientes electivos hospitalizados durante el periodo de medición.		
Indicador	OE1.P.1 - PORCENTAJE DE AMBULATORIZACIÓN DE CIRUGÍAS MAYORES AMBULATORIZABLES		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Coordinador Quirúrgico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de egresos de CMA en el periodo) / (Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatizar en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual al 70%	Mayor o igual al 70%	Mayor o igual al 70%	Mayor o igual al 70%
Fuente de Dato	Sistema GRD		
Razonamiento	Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos a través del aumento de las cirugías mayores ambulatorias.		
Observaciones	Homologado a BSC B.3_1.1. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE1.P.2 - ÍNDICE FUNCIONAL		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Subdirector Médico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	IF = EMAC / EM Norma		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual a 1	Mayor o igual a 1	Mayor o igual a 1	Mayor o igual a 1
Fuente de Dato	Sistema GRD		
Razonamiento	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos críticos, aumentando la eficiencia en el uso del día cama.		
Observaciones	Homologado a BSC B.3_1.3. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE1.P.3 - PORCENTAJE DE EGRESOS CON ESTADÍA PROLONGADA (OUTLIERS SUPERIORES)		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Subdirector Médico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de egresos con estadías prolongadas (Outliers superiores) en el período/ Total de egresos codificados en el período)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o Igual a 5,6%	Menor o Igual a 5,6%	Menor o Igual a 5,6%	Menor o Igual a 5,6%
Fuente de Dato	Sistema GRD		
Razonamiento	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos críticos, aumentando la eficiencia en el uso del día cama.		
Observaciones	Homologado a BSC B.3_1.4. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE1.P.4 - PORCENTAJE DE HORAS OCUPADAS DE QUIRÓFANOS HABILITADOS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe de Pabellón	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados en el período / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados en el período)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o Igual a un 70%	Mayor o Igual a un 70%	Mayor o Igual a un 70%	Mayor o Igual a un 70%
Fuente de Dato	REM A21		
Razonamiento	Fortalecer y optimizar los procesos críticos a través del uso eficiente de los pabellones quirúrgicos.		
Observaciones	Homologado a BSC B.3_1.5. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE1.P.5 - PORCENTAJE DE PÉRDIDAS DE INVENTARIO POR SOLICITUDES DE SERVICIO		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe de Abastecimiento	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	(Pérdida de inventario por solicitudes de servicio clínicos en el período / Pérdida de inventario por solicitudes de servicio clínicos en igual período del año anterior).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o Igual a un 75%	Menor o Igual a un 75%	Menor o Igual a un 75%	Menor o Igual a un 75%
Fuente de Dato	Propia - Abastecimiento		
Razonamiento	Fortalecimiento de la gestión de compras eficientes.		
Observaciones			
Indicador	OE1.P.6 - GESTIÓN AUSENTISMO MAYOR A 180 DÍAS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe de Calidad de Vida	Subdirección	Gestión y Desarrollo de las Personas
Fórmula de Cálculo	(Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años que han sido gestionados a COMPIN)/(Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
30%	35%	40%	45%
Fuente de Dato	Propia - Calidad de Vida		
Razonamiento	Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal		
Observaciones			

Indicador	OE1.A.1 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN OPORTUNIDAD Y CALIDAD DEL SISTEMA DE COSTOS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	[((Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos) x 0,2) + ((Puntaje de calidad por reporte sistema de costos) x 0,4)) + ((Puntaje por concordancia en el reporte de análisis por actividad hospitalaria) x 0,4))]]		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%
Fuente de Dato	Informe de puntaje MINSAL		
Razonamiento	Establecer sistema de análisis de costos que permita apoyar la toma de decisiones para valorización de prestaciones.		
Observaciones	Homologado a BSC A.3_1.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE1.A.2 - IMPLEMENTACIÓN NUEVO MODELO DE CENTROS DE COSTOS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades realizadas/número de actividades comprometidas)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Propuesta de Centros de Costos	100%	100%	100%
Fuente de Dato	Propia - Control de Gestión		
Razonamiento	Contar con un modelo de centros de costos, que de cuenta de la realidad local de funcionamiento; consensuado y difundido en el establecimiento, permitiendo con ello implementar medidas de mejora en la eficiencia.		
Observaciones			
Indicador	OE1.F.1 - PORCENTAJE DE TRATOS DIRECTOS (MONTO)		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe de Abastecimiento	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	(Monto de compras realizadas a través de tratos directos/Monto total de compras en el periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o igual al 20%	Menor o igual a un 16,6%	Menor o igual a un 13,3%	Menor o igual a un 10%
Fuente de Dato	Datos abiertos - Mercado Público		
Razonamiento	Controlar de manera eficiente los recursos financieros		
Observaciones	Se excluye del monto de trato directo la causal del Artículo 10 bis "Compra Ágil" (Procederá el trato o la contratación directa, previo requerimiento de un mínimo de tres cotizaciones, a través del Sistema de Información, mediante la modalidad denominada C.		

Indicador	OE1.F.2 - VARIACIÓN DEL GASTO EN COMPRA DE SERVICIOS		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Subdirector Administrativo	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	$((\text{Gasto en compra de servicios de las sub-asignaciones señaladas periodo t} - \text{Gasto en compra de servicios de las subasignaciones señaladas periodo t-2}) / \text{Gasto en compras servicio de las sub-asignaciones señaladas periodo t-2})$.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o igual a 0%	Menor o igual a 0%	Menor o igual a 0%	Menor o igual a 0%
Fuente de Dato	SIGFE		
Razonamiento	Controlar de manera eficiente los recursos financieros		
Observaciones	Homologado a BSC A.1_2.3. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE1.F.3 - EQUILIBRIO FINANCIERO		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Subdirector Administrativo	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	$(\text{Gastos devengados en el periodo}) / (\text{Ingresos devengados en el periodo})$		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
1,03	1,03	1,03	1,03
Fuente de Dato	SIGFE		
Razonamiento	Controlar de manera eficiente los recursos financieros		
Observaciones			

Indicador	OE1.F.4 - PORCENTAJE DE EVENTOS VALIDADOS, PAGO GRD		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de eventos validados para pago en el periodo} / \text{número de eventos totales del periodo})$		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual a 98%	Mayor o igual a 98%	Mayor o igual a 98%	Mayor o igual a 98%
Fuente de Dato	Planilla FONASA		
Razonamiento	Controlar de manera eficiente los recursos financieros		
Observaciones			

Indicador	OE1.F.5 - PORCENTAJE DE REGULARIZACIONES DE COMPRAS - MONTO		
Objetivo Estratégico	Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe de Abastecimiento	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	$(\text{Monto de regularizaciones de compras en el periodo} / \text{monto total de compras en el periodo})$.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o igual al 90%	Menor o igual al 90%	Menor o igual al 90%	Menor o igual al 90%
Fuente de Dato	Propia - Abastecimiento		
Razonamiento	Fortalecimiento de la gestión de compras eficientes		
Observaciones			

Indicador	OE2.U.1 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) EN LA RED		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe Coordinación GES	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas) / (Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas + garantías incumplidas no atendidas + garantías retrasadas acumuladas).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100% de cumplimiento	100% de cumplimiento	100% de cumplimiento	100% de cumplimiento
Fuente de Dato	SIGGES		
Razonamiento	Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_1.1. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE2.U.2 - VARIACIÓN DEL PROMEDIO DE DÍAS DE ESPERA PARA CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad médica - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las c.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción
Fuente de Dato	SIGTE		
Razonamiento	Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_1.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE2.U.3 - VARIACIÓN DEL PROMEDIO DE DÍAS DE ESPERA PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Coordinación Quirúrgico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Promedio de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las intervencion.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción
Fuente de Dato	SIGTE		
Razonamiento	Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_1.3. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE2.U.4 - VARIACIÓN DEL PROMEDIO DE DÍAS DE ESPERA PARA CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe Odontología	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Promedio de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica - Promedio de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica) / Promedio de días de espera de la línea base.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción	100% de la meta de reducción
Fuente de Dato	SIGTE		
Razonamiento	Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_1.4. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE2.P.1 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR ESPECIALISTA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Subdirector Médico	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Número de consultas médicas especialistas realizadas durante el periodo/ Total de consultas médicos especialistas programadas o reprogramadas para el).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%
Fuente de Dato	REM A07 Programación de Horas.		
Razonamiento	Satisfacer la demanda de atención.		
Observaciones	Homologado a BSC A.4_1.1. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE2.P.2 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDAD REALIZADAS POR TELEMEDICINA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe Telemedicina	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de consultas médicas de especialidad realizadas a través de telemedicina en el periodo / Total de consultas de especialista programadas o reprogramadas y validadas para el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%	Mayor o igual al 95%
Fuente de Dato	REM A30 ; REM A32 Programación de Horas		
Razonamiento	Satisfacer la demanda de atención.		
Observaciones	Homologado a BSC A.4_1.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE2.P.3 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL ENVÍO DE CONTRAREFERENCIA AL ALTA DE ESPECIALIDAD MÉDICA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	Número de contrarreferencias en el alta médica realizadas en el periodo / Número total de altas médicas realizadas en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual al 80%	Mayor o igual al 80%	Mayor o igual al 80%	Mayor o igual al 80%
Fuente de Dato	Listado Rutificado de Contrarreferencias REM A07 ; REM A32		
Razonamiento	Posibilitar la integración efectiva de la Red. Continuidad de la atención		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_3.4. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE2.P.4 - HOSPITAL ACREDITADO		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	No de características obligatorias aplicables en cumplimiento / No total de características obligatorias aplicables.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100%	100%	100%	100%
Fuente de Dato	Documentación asociada al proceso de Acreditación según corresponda: Resoluciones, Protocolos, Procedimientos, Indicadores, Pautas de Cotejo, Informes de resultados, Fotografías, etc.		
Razonamiento	Mantener los procesos mínimos de mejora continua, calidad y seguridad de la atención, asociados a las características obligatorias del Estándar de Acreditación de Atención Cerrada.		
Observaciones			

Indicador	OE2.A.1 - IMPLEMENTACIÓN CATÁLOGO DE PRESTACIONES		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Número de Ámbitos definidos)/(Número de ámbitos que corresponde definir en el periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Propuesta de Centros de Costos	100%	100%	100%
Fuente de Dato	Propia - Control de Gestión		
Razonamiento	Tener una definición de las actividades que cada centro de costos pueda desarrollar, relacionando la actividad clínica y los costos financieros.		
Observaciones			

Indicador	OE1.A.2 - PORCENTAJE DE RECLAMOS PROBIDAD ADMINISTRATIVA GESTIONADOS		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe OIRS	Subdirección	Gestión del Usuario
Fórmula de Cálculo	(Número de reclamos de Probidad Administrativa derivados / número de reclamos de probidad administrativa).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	80%	80%	80%
Fuente de Dato	Propia - OIRS		
Razonamiento	Dar seguimiento a las señales de alerta entregadas por la ciudadanía, a través de la revisión y gestión de los reclamos.		
Observaciones	Los reclamos serán analizados para determinar si están bien catalogados en la categoría, excluyendo los que no correspondan.		

Indicador	OE2.F.1 - PORCENTAJE DE CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN ATENCIÓN SECUNDARIA		
Objetivo Estratégico	Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de consultas nuevas de especialidad realizadas en el periodo/Total de consultas médicas de especialidad realizadas en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual al 32%	Mayor o igual al 32%	Mayor o igual al 32%	Mayor o igual al 32%
Fuente de Dato	REM A07 ; REM A32		
Razonamiento	Mejorar el acceso y oportunidad de atención		
Observaciones	Homologado a BSC C.4_3.1. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE3.U.2 - PORCENTAJE DE ABANDONO DE PACIENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe de Unidad de Emergencia	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DAU con o sin alta médica - Total de atenciones en la UEH adulto y pediátrica con alta médica) / (Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DA		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o igual al 10%	Menor o igual al 10%	Menor o igual al 10%	Menor o igual al 10%
Fuente de Dato	REM A08		
Razonamiento	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínicos		
Observaciones	Homologado a BSC B.4_1.3. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE3.U.3 - PORCENTAJE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SUSPENDIDAS		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe de Pabellón	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Menor o igual a un 7%	Menor o igual a un 7%	Menor o igual a un 7%	Menor o igual a un 7%
Fuente de Dato	REM A21		
Razonamiento	Proporcionar atención de calidad, segura y digna.		
Observaciones	Homologado a BSC B.4_1.4. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE3.U.4 - PORCENTAJE DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DESDE UEH, QUE ACCEDEN A CAMA DE DOTACIÓN EN MENOS DE 12 HORAS		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Subdirector Médico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH menos de 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo/ Total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%
Fuente de Dato	REM A08		
Razonamiento	Proporcionar atención de calidad, segura y digna.		
Observaciones	Homologado a BSC B.4_1.5. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		
Indicador	OE3.P.1 - PORCENTAJE DE REINGRESOS URGENTES DE PACIENTES ANTES DE 7 DÍAS		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Subdirector Médico	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de reingresos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Reingresos Adultos menor o igual a un 2%	Reingresos Adultos menor o igual a un 2%	Reingresos Adultos menor o igual a un 2%	Reingresos Adultos menor o igual a un 2%
Reingresos Pediátricos menor o igual a un 2,5%	Reingresos Pediátricos menor o igual a un 2,5%	Reingresos Pediátricos menor o igual a un 2,5%	Reingresos Pediátricos menor o igual a un 2,5%
Fuente de Dato	Sistema GRD		
Razonamiento	Proporcionar atención de calidad, segura y digna.		
Observaciones	Homologado a BSC D.4_1.6. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE3.A.1 - PORCENTAJE DE RECLAMOS TRATO GESTIONADOS		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe OIRS	Subdirección	Gestión del Usuario
Fórmula de Cálculo	(Número de reclamos de Trato con propuesta de mejora y respuesta al usuario / número de reclamos de Trato).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	60%	70%	80%
Fuente de Dato	Propia - OIRS		
Razonamiento	Dar seguimiento a las señales de alerta entregadas por la ciudadanía, a través de la revisión y gestión de los reclamos.		
Observaciones			

Indicador	OE3.F.1 - PORCENTAJE DE USUARIAS OBSTÉTRICAS QUE EGRESAN SIN RUT		
Objetivo Estratégico	Trato Humanizado.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe Chile Crece Contigo	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de usuarias obstétricas que egresan sin RUT/Número de egresos de usuarias obstétricas).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Menor o igual a un 3%	Menor o igual a un 3%	Menor o igual a un 3%
Fuente de Dato	Planilla FONASA		
Razonamiento	Controlar de manera eficiente los recursos financieros		
Observaciones			

Indicador	OE4.U.1 - PORCENTAJE DE MÉDICOS PAO, CUYA ESPECIALIDAD ESTÁ RELACIONADA CON LA PLANIFICACIÓN HGF		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	Número de PAO con especialidad acorde a la Planificación / Total PAO del período).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	Proyección eficiente de los recursos de acuerdo a la demanda de atención		
Observaciones			

Indicador	OE4.P.1 - PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD CAMPO DOCENTE		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Cupos utilizados/ Cupos disponibles).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%	Mayor o igual a un 80%
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	Proyección eficiente de los recursos de acuerdo a la demanda de atención		
Observaciones			

Indicador	OE4.A.1 - PLANIFICACIÓN ANUAL DOCENTE ASISTENCIAL		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	Dicotómico Si/No		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Si	Si	Si
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	Proyección eficiente de los recursos de acuerdo a la demanda de atención		
Observaciones			
Indicador	OE4.F.1 - PORCENTAJE DE BECADOS PAO V/S EDF		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Número de Becados PAO del periodo / Número total de becados del periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a un 70%	Mayor o igual a un 70%	Mayor o igual a un 70%
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	Proyección eficiente de los recursos de acuerdo a la demanda de atención		
Observaciones			
Indicador	OE4.F.2 - PORCENTAJE DE BECADOS QUE DEVUELVEN SU BECA EN HGF		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	Número de becados que devuelven su beca en HGF / Total de Becados que devuelven su beca en el periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a un 50%	Mayor o igual a un 50%	Mayor o igual a un 50%
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	Proyección eficiente de los recursos de acuerdo a la demanda de atención		
Observaciones			
Indicador	OE4.F.3 - PORCENTAJE DE BECADOS QUE NO CUMPLEN SU PERÍODO OBLIGATORIO		
Objetivo Estratégico	Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe Asistencial Docente	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	Número de becados que no devuelven su beca / total de becados que devuelven su beca en el periodo)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	0%	0%	0%
Fuente de Dato	Propia - Docente Asistencial		
Razonamiento	No retorno a la inversión en Formación de Especialistas realizadas por el Estado		
Observaciones			

Indicador	OE5.U.1 - PORCENTAJE DE ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS SEGÚN LO ACORDADO CON EL CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	Subdirección	Gestión del Usuario
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones implementadas por el establecimiento con el CCU / Total de acciones comprometidas por establecimiento con el CCU).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
100%	100%	100%	100%
Fuente de Dato	Cronograma de trabajo; Actas de reunión; Resolución anual plan;		
Razonamiento	Potenciar la participación comunitaria.		
Observaciones	Homologado a BSC C.4.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE5.U.2 - AUMENTO DE TELEMEDICINA		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Usuarios		
Responsable	Jefe Telemedicina	Subdirección	Médica
Fórmula de Cálculo	(Número de atenciones en el periodo / número de atenciones en igual periodo del año anterior)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
No Aplica	10%	10%	10%
Fuente de Dato	REM 30		
Razonamiento	Fomentar el acceso a la salud a través de nuevos canales de atención.		
Observaciones			

Indicador	OE5.P.1 - PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE FASES EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Tecnologías de la Información	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	(Número de fases implementadas / Número de fases a implementar según Carta Gantt).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
80%	80%	80%	80%
Fuente de Dato	Propia - TIC		
Razonamiento	Contar con sistemas de información que den soporte a los procesos de forma automatizada y validada.		
Observaciones	Informe marcha blanca y paso a producción.		

Indicador	OE5.P.2 - PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL CON DISEÑO DE PERFILES DE CARGO QUE CONSIDERAN LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN Y FLEXIBILIDAD.		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Jefe de Desarrollo Organizacional	Subdirección	Gestión y Desarrollo de las Personas
Fórmula de Cálculo	(Cupos utilizados/ Cupos disponibles).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a 85%	Mayor o igual a 85%	Mayor o igual a 85%
Fuente de Dato	Propia - Desarrollo organización		
Razonamiento	Aumentar compromiso, motivación y eficiencia del personal.		
Observaciones			

Indicador	OE5.A.1 - PORCENTAJE DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN LOS NUEVOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Aprendizaje y Desarrollo		
Responsable	Tecnologías de la Información	Subdirección	Administrativa
Fórmula de Cálculo	(Número de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones planificadas en los nuevos sistemas de información).		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
80%	80%	80%	80%
Fuente de Dato	Propia - TIC		
Razonamiento	Funcionarios capacitados en el uso de los nuevos sistemas, que pertiman su explotación eficiente.		
Observaciones	Acta Capacitación.		

Indicador	OE5.F.1 - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN OPORTUNIDAD Y CALIDAD DEL SISTEMA DE COSTOS		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	[((Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos) x 0,2) + ((Puntaje de calidad por reporte sistema de costos) x 0,4)) + ((Puntaje por concordancia en el reporte de análisis por actividad hospitalaria) x 0,4)) / (Total de puntaje que aplica para el.)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%	Mayor o igual a un 95%
Fuente de Dato	Informe de puntaje MINSAL		
Razonamiento	Establecer sistema de análisis de costos que permita apoyar la toma de decisiones para valorización de prestaciones.		
Observaciones	Homologado a BSC A.3_1.2. Se modificará de acuerdo a los cambios que tenga el instrumento año a año.		

Indicador	OE5.F.2 - IMPLEMENTACIÓN NUEVO MODELO DE CENTROS DE COSTOS		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Financiera		
Responsable	Jefe de Control de Gestión	Subdirección	Dirección
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades realizadas/número de actividades comprometidas)		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Propuesta de Centros de Costos	1	1	1
Fuente de Dato	Propia - Control de Gestión		
Razonamiento	Contar con un modelo de centros de costos, que de cuenta de la realidad local de funcionamiento; consensuado y difundido en el establecimiento, permitiendo con ello implementar medidas de mejora en la eficiencia.		
Observaciones			

Indicador	OEOE5.P.3 - ENCUESTA DE PERCEPCIÓN USUARIA		
Objetivo Estratégico	Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios		
Perspectiva	Procesos Internos		
Responsable	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	Subdirección	Gestión del Usuario
Fórmula de Cálculo	(Puntaje total de las encuestas aplicadas en el periodo / Puntaje máximo a obtener en las encuestas aplicadas.		
Meta Año 2021	Meta Año 2022	Meta Año 2023	Meta Año 2024
Implementación del Proceso	Mayor o igual a 80%	Mayor o igual a 80%	Mayor o igual a 80%
Fuente de Dato	Propia - Participación Social y Trato Usuario		
Razonamiento	Proporcionar atención de calidad, segura y digna		
Observaciones			

