

## Resumen de cumplimiento preliminar 2025 de los diferentes instrumentos

Instrumentos		% Cumplimiento
<b>BSC - Indicadores</b>	Evalúa Gestión del Hospital - Autogestión del hospital	51%
<b>BSC – Artículos de la ley</b>	Evalúa Gestión del Hospital - Autogestión del hospital	70,6% (12 de 17)
<b>COMGES</b>	Evalúa la Gestión del Servicio de Salud	47,30%
<b>ACUERDO DE PROGRAMACIÓN</b>	Asociada al pago de programa 05 GRD – Anexo 1	Egresos 100% CMA 89%
<b>ACUERDO DE GESTIÓN</b>	13 indicadores de monitoreo	Estado de indicadores 7 cumplen / 8 no cumplen
<b>METAS SANITARIAS MÉDICAS</b>	Asignación asociada a funcionarios ley 19.664	90,0%
<b>METAS SANITARIAS NO MEDICAS</b>	Asignación asociada a funcionarios ley 18.834	79,5%
<b>CONVENIO ADP - DIRECTOR</b>	Evalúa la gestión del director – involucra cumplimiento con remuneración	79,9%
<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>	Instrumento solicitado en Artículo de la ley - Interno	85,0%
<b>MATRIZ DE RIESGOS</b>	Instrumento asociado a cumplimiento a requisito de Auditoría	83,4%
<b>METAS DE CALIDAD Y PRODUCCIÓN</b>	Asignación asociada a funcionarios ley 15.076	Anestesia: 85% Área de la mujer: 88% Cirugía: 80% Medicina: 50% UEA: 60% UEI: 90% UPC Adulto: 100% UPC Cardiovascular: 65% UPC Neonatal: 90% UPC Pediátrica: 95%

**A.1\_2.4 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	3,80	0	60%	0,0	
Requisito	82,9%	4	40%	1,6	2

Requisito: Informe de Consistencia. Enviado al 4T.

**A.1\_2.5 Compras en monto de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación CENABAST.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	84,6%	4	100%	4,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

Indicador con desfase resultado disponible OCTUBRE 2025

**A.1\_6 Reintegro al Fisco de la recuperación de ingresos de licencias médicas ISAPRE y gestión de saldos en cuentas corrientes.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	128,8%	4	100%	4,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

**A.1\_7 Índice de cumplimiento de bandas de precios para compra de servicios de horas médicas.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	No aplica	No aplica	No Aplica	No aplica	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	No aplica

No Aplica: HGF a la fecha no tiene compras de consultas médicas por ítem 22 durante el año 2025

**A.3\_1.2 Exceso de días de estancias asociados a egresos con outliers superiores.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	8,2%	0	60%	0,0	
Requisito	100,0%	4	40%	1,6	2

Requisito: Envío de informe de Valorización del VEEOS. Enviado al 3T. 4T fecha máxima de envío 05 feb 2026

**A.3\_1.8 Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	89,2%	0	60%	0,0	
Requisito	69,2%	0	40%	0,0	0

Requisito: Ejecución del gasto (exige 100%)

**A.3\_1.9 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	0,95%	3	60%	1,8	
Requisito	100,0%	4	40%	1,6	3

Requisito: convenio firmado "Iniciar las gestiones para integración de bodegas con CENABAST". Se realiza cambio en indicador y solicita ultimo informe con cort

**A.3\_2 Compras vía trato directo.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	44,9%	0,0%	100%	0,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	0

**A.4\_1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	88,9%	2	60%	1,2	
Requisito	43,2%	1,7	40%	0,7	2

Resultados minsal a OCTUBRE. Requisito: Calidad de programación, información parcial.

**A.4\_1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	82,0%	1	100%	1,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	1

Resultados oficiales a septiembre 2025

**B.1\_1.1 Índice de Rotación de camas.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	63,1%	0	60%	0,0	
Requisito	98,7%	4	40%	1,6	2

Requisito % de camas disponibles

**B.2\_3 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	6,84	4	100%	4,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

**B.3\_1.6 Índice de Ocupación Dental (IOD).**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	0,68	2	100%	2,0	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	2

Resultados oficiales al mes de octubre

**B.3\_1.7 Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	8,0%	2	100%	2,4	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	2

**B.3\_1.9 Producción quirúrgica destinada a Resolución de Lista de Espera**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	50,0%	4	60%	2,4	
Requisito	Pendiente	Pendiente	40%	Pendiente	2

Requisito: Plan de productividad quirúrgica. Se desconoce % cumplimiento del Plan de Productividad Quirúrgica, se solicitó información a SSVQ

**B.3\_2 Rendimiento de quirófanos**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	3,0	0	60%	0	
Requisito	Pendiente	Pendiente	40%	Pendiente	0

Requisito: Plan de productividad quirúrgica. Se desconoce % cumplimiento del Plan de Productividad Quirúrgica, se solicitó información a SSVQ

**B.3\_2.1 Ocupación de quirófanos**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	62,5%	1	60%	0,6	
Requisito	39,7%	0	40%	0	1

Requisito: 50% de ambulatorización de cirugías mayores electivas.

**B.4\_1.2 Personas atendidas dentro del estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria adulta y pediátrica.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	93,4%	4	100%	4	
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

**B.4\_1.4 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	8,2%	1	100%	1	1
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	1

**B.4\_1.6 Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	42,6%	0	100%	0	0
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	0

**C.3\_3 Notificación y pesquisa, descarte y contraindicación de posibles/potenciales donantes de órganos en UEH, UPC (UCI, UTI) adultas y pediátricas.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	52,1%	3	100%	2,5	3
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	3

**C.4\_1.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	97,9%	0	60%	0	0
Requisito	0,0%	0	40%	0	0

Información al mes de noviembre 2025. Requisito consiste en resolver el 100% de garantías retrasadas 2024 y anteriores.

**C.4\_1.5 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	71,2%	2	100%	2	2
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	2

Resultados según reporte de SSVQ. Resultados al 31.12.2025

**C.4\_1.6 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	98,2%	4	100%	4	4
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

Resultados según reporte de SSVQ. Resultados al 31.12.2025

**C.4\_1.7 Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	47,7%	0	100%	0	0
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	0

Resultados según reporte de SSVQ. Resultados al 31.12.2025

**C.4\_3.1 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	41,3%	2	60%	1,2	1
Requisito	Pendiente	0	40%	0	1

Requisito: 60% dedicado a resolución de Lista de espera, por especialidad, por mes.

**D.3\_2.2 Compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	76,1%	3	100%	2,5	3
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	3

**D.3\_2.3 Incidencia de síndromes clínicos vigilados priorizado (IAAS)**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	3	4	100%	4	4
Requisito	No tiene	No tiene	No tiene	No tiene	4

Resultados al segundo cuatrimestre 2025

**D.4\_1.8 Medición de la satisfacción usuaria.**

Evaluación	Resultado Obtenido	Puntaje obtenido	Ponderador	Resultado Ponderado	Resultado Final
Indicador	6,7	4	60%	2	
Requisito	100,0%	4	40%	2	4

*Plan de Participación Social 2025, informe.*

## Estado de cumplimiento Artículo de la ley 2025

Requisitos Artículo nº 16 y 18	Elemento Verificador Evaluación EAR	Estado de cumplimiento	Observaciones
<b>Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial</b>	1. Cumplimiento de un total de 4 puntos en la sumatoria del puntaje del siguiente indicador: C.4_3.1 Porcentaje de especialidades médicas que cumplen meta de Consulta Nueva en los establecimientos ambulatorios de especialidad. 2. Informe de contrarreferencia (formato libre) que indique el porcentaje de contrarreferencia a APS, por especialidad, enviado	No	Indicador: Consulta Nueva 1 punto. Se debe generar informe de contrarreferencias, justificación de incumplimiento + Plan de trabajo 2026
<b>Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.</b>	1. Certificado emitido por el Departamento de Calidad, DIGERA, en el cual informa estado de Acreditación de los establecimientos de acuerdo con la Superintendencia de Salud.	Si	ok
<b>Art. 16c.- Tiene un Plan de Desarrollo Estratégico para el Establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que considera, a lo menos, los siguientes aspectos: -. Política y plan de acción de Recursos Humanos -. Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria. -. Plan de Gestión Clínica y Administrativa. -. Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos. -. Plan de Actividades de Auditoría interna -. Sistemas de Planificación y Control de Gestión. -. Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.</b>	1.Resolución de aprobación Planificación Estratégica del EAR vigente durante el año en evaluación, que contenga al menos las políticas, planes y programas señaladas en el artículo.	Si	ok
<b>Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.</b>	1.Plan anual de actividades y resolución de aprobación.	Si	ok
	2.Plan anual de Inversiones y resolución de aprobación.		ok
<b>Art. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta</b>	1. Certificado emitido por el Depto. de Gestión Presupuestaria de la División de Presupuesto en el que se detalla el gasto y presupuesto, y se indica el nivel de cumplimiento del equilibrio financiero y no presentar deuda mayor a 60 días.	No	Posee deuda mayor a 60 días. Realizar justificación + Plan de trabajo 2026.
<b>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</b>	1. Certificado emitido por el Depto. de Gestión Presupuestaria de la División de Presupuesto. Cumplimiento oportunidad y calidad de los registros en el sistema de costos.	Si	Cumple con el envío de reportes mensuales y máximo puntaje. Falta Diciembre

Requisitos Artículo nº 16 y 18	Elemento Verificador Evaluación EAR	Estado de cumplimiento	Observaciones
<b>Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.</b>	1.- Cumplimiento del indicador principal (60%): - Certificado emitido por el Departamento de Análisis e Información para la Gestión de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que indique el resultado del total de las garantías cumplidas más garantías exceptuadas más garantías incumplidas	No	Indicador GES 97,8% cumplimiento y 16 garantías retrasadas menores al 2024. Se debe generar justificación + plan de trabajo 2026.
<b>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo con su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley Nº 18.469, procedimientos de cobro.</b>	1.- Cuenta con procedimiento de cobro, según lo estipulado en articulado 16h, formalizado por resolución y presenta monto recaudado durante 2025 y monto por cobrar a diciembre 2025. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento. (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j)	Si	Planilla en confección
<b>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</b>	1.-Cuenta con mecanismos formales de participación, según lo estipulado en articulado 16i. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento. (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j)	Si	Planilla en confección
<b>Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlas y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.</b>	1.-Cuenta con Procedimiento gestión de solicitudes ciudadanas, según lo estipulado en articulado 16j. El certificado de cumplimiento debe estar firmado por el Director de Establecimiento. (Planilla de certificación cumplimiento articulados 16h, 16i y 16j)	Si	ok
<b>Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo con el marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.</b>	1.- Cuenta con resolución que fija la cartera de servicios.	Si	ok
<b>Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparte el Subsecretario de Redes Asistenciales. (SRA)</b>	1.- Cuenta con diseño de la red y mapa de derivación, señalando origen y destino, formalizado por resolución del Servicio de Salud. 2.- Cuenta con protocolo de atención de beneficiarios del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.	SI	Diseño de la red, SSVQ. <b>Averiguar protocolo de atención de beneficiarios.</b>
<b>Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con la Red correspondiente, los que serán determinados por el SRA.</b>	1.- Informe del establecimiento, validado por el Servicio de Salud, que contenga al menos lo siguiente: - Listado de sistemas de información utilizados por el establecimiento, indicando cuáles de ellos se intercomunican, sea por integración, interoperabilidad u otra. (se envía formato)	SI	Confeccionará el SSVQ

Requisitos Artículo nº 16 y 18	Elemento Verificador Evaluación EAR	Estado de cumplimiento	Observaciones
<p><b>Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo con sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.</b></p>	<p>1.- Informe del establecimiento, validado por el Servicio de Salud, que contenga al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información entregada (tipo y contenido).</li> <li>- Destinatario.</li> <li>- Fuentes de obtención.</li> <li>- Periodicidad.</li> </ul> <p>(Se envía formato)</p>	SI	Confeccionará el SSVQ
<p><b>Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.</b></p>	<p>1.- Cumplimiento de un total de 9 puntos en la sumatoria del puntaje de los siguientes indicadores de Lista de espera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C.4_1.5 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.</li> <li>- C.4_1.6 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75.</li> <li>- C.4_1.7 Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con</li> </ul>	No	<p>Indicadores LE (6 puntos) CNE: 2 CN Odonto: 4 IQ: 0 puntos Debe realizar justificación por los indicadores incumplidos + plan de trabajo 2026.</p>
<p><b>Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.</b></p>	<p>1.- Informe que contenga al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de cumplimiento de los acuerdos de programación firmados con FONASA.</li> <li>- Nivel de cumplimiento de la ejecución de programas convenidos con la SEREMI de salud, como, por ejemplo, programa de inmunización, programa de vigilancia epidemiológica (VIH, tuberculosis u otro), etc. (Se envía formato)</li> </ul>	Si	Confeccionará el SSVQ
<p><b>Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.</b></p>	<p>1.- Cumplimiento total (4 puntos) del indicador D.3_2.2 Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría y de sus verificables.</p>	NO	<p>Indicador cumple 3 puntos. Debe realizar justificación por los indicadores incumplidos + plan de trabajo 2026.</p>

**HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**  
**MONITOREO COMGES 2025**  
**ENERO - NOVIEMBRE**

RESUMEN CUMPLIMIENTO		
Peso Medio Ponderado	Porcentaje de Cumplimiento Ponderado del Indicador	Porcentaje de Cumplimiento COMGES
62,3%	29,5%	<b>47,3%</b>

Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Cumplimiento	Meta	Puntaje Obtenido Indicador (60%)	Puntaje Indicador Máximo	Requisito	Tipo Requisito	Puntaje Requisito Obtenido (40%)	Puntaje Requisito Máximo	Puntaje Final (Indicador + Requisito)	Puntaje Maximo	Ponderadores	Puntaje obtenido * coeficiente de ajuste	% Cumplimiento Indicador	OBS
1.1	Ambulatorización de cirugías mayores electivas	5.262	13.017	40%	≥50%	0	4	Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica	Puntaje Variado	4	4	2	4	1,26%	0,51%	40,00%	Requisito: Dato a Septiembre
1.2	Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.	759	9.525	8%	≤6,5%	2	4	No	-	-	-	2	4	1,26%	0,63%	50,00%	
1.3	Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.	88	100	88%	≥95%	2	4	Calidad de la Programación	0	0	4	1,200	4	1,26%	0,38%	30,00%	Datos a Octubre
1.4	Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.	100	100	100%	≥95%	4	4	No	-	-	-	4	4	1,26%	1,26%	100,00%	
1.5	Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.	197	481	41%	≥60%	2	4	El 60,0% de la CNE de cada especialidad debe estar dedicada a Lista de espera NO GES	Dicotómico	0	4	1	4	1,26%	0,38%	30,00%	
1.7	Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.	18	481	4%	≥60%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,26%	0,00%	0,00%	
1.8	Inasistencia a consultas médicas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.	228	484	47%	≥75%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,26%	0,00%	0,00%	
1.9	Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.	21.306	123.381	17%	≤10%	1	4	No	-	-	-	1	4	1,26%	0,32%	25,00%	
1.10	Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.	15.026	34.829	43%	≥90%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,26%	0,00%	0,00%	
1.11	Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	4.966	11.814	42%	≥85%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,26%	0,00%	0,00%	
1.13	Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o células de Hospital Digital implementadas.	1	2	50%	1	2	4	No	-	-	-	2	4	1,26%	0,63%	50,00%	
1.14	Camas disponibles respecto de la dotación vigente.	184.611	187.040	99%	≥95%	4	4	Plan de mitigación o plan de apertura de camas.	Dicotómico	4	4	4	4	1,26%	1,26%	100,00%	
1.15	Índice de Rotación de camas.	42	77	55%	≥85%	0	4	Camas habilitadas	Dicotómico	4	4	1,6	4	1,26%	0,51%	40,00%	
1.16	Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.	1	1	100%	1	4	4	No	-	-	-	4	4	1,26%	1,26%	100,00%	
1.17	Donaciones de sangre altruistas por Servicio de Salud.	419	773	54%	1	0	4	No	-	-	-	0	4	1,26%	0,00%	0,00%	
1.18	Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado	53.488.757	4.953.074.607	108%	≤0,75	2	4	Para el año 2025 los Establecimientos Autogestionados en Red deberán iniciar	Dicotómico	4	4	2,8	4	1,26%	0,88%	70,00%	Indicador Dato a Octubre
2.3	Tasa global de cesárea.	1	0	-3%	1	0	4	No	-	-	-	0	4	1,25%	0,00%	0,00%	
2.4	Reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Incontinencia Urinaria Femenina.	113	119	95%	≥90%	4	4	No	-	-	-	4	4	1,25%	1,25%	100,00%	
2.7	Personas mayores de 15 años ingresados a hemodiálisis con fistula arterio venosa (FAV) realizada.	356	856	42%	≥70%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,25%	0,00%	0,00%	
2.8	Personas mayores de 15 años portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneo diálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.	8	167	5%	≥20%	0	4	No	-	-	-	0	4	1,25%	0,00%	0,00%	

Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Cumplimiento	Meta	Puntaje Obtenido Indicador (60%)	Puntaje Indicador Máximo	Requisito	Tipo Requisito	Puntaje Requisito Obtenido (40%)	Puntaje Requisito Máximo	Puntaje Final (Indicador + Requisito)	Puntaje Maximo	Ponderadores	Puntaje obtenido * coeficiente de ajuste	% Cumplimiento Indicador	OBS	
2.10	Cumplimiento de la meta de potenciales donantes.	0	0	103%	≥90%	4	4	No	-	-		4	4	1,25%	1,25%	100,00%	Indicador Dato a Junio	
2.15	Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentra en terapia antirretroviral.	2.953	3.020	98%	≥95%	4	4	No	-	-		4	4	1,25%	1,25%	100,00%		
2.16	Personas viviendo con VIH que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo	2.821	2.953	96%	≥95%	4	4	No	-	-		4,0	4	1,25%	1,25%	100,00%		
3.1	Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.	80.227	81.942	98%	1	0	4	Disminución de Garantías Retrasadas.	Dicotómico	0	4	0,0	4	2,00%	0,00%	0,00%	Requisito Dato a Septiembre	
3.2	Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.	121	337	36%	≥60%	0	4	Resolución del 80% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al 31 de diciembre de 2024.	Dicotómico	0	4	0	4	2,00%	0,00%	0,00%	Requisito Dato Octubre	
3.3	Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica	0	99	0%	1	0	4	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS Servicio de Protección Especializada y SENAMÉ	Dicotómico	0	4	0,0	4	2,00%	0,00%	0,00%		
3.4	Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica	69	38	182%	1	4	4	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS Servicio de Protección Especializada y SENAMÉ	Dicotómico	4	4	4	4	2,00%	2,00%	100,00%		
3.5	Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas	32	155	21%	1	0	4	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS	Dicotómico	0	4	0	4	2,00%	0,00%	0,00%		
3.6	Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad	10.303	15.367	67%	≥95%	1	4	No		0			1	4	2,00%	0,50%	25,00%	
3.8	Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad odontológica	2.133	2.214	96%	≥95%	4	4	No		0			4	4	2,00%	2,00%	100,00%	
3.10	Resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores	1.668	3.499	48%	≥95%	0	4	No		0			0	4	2,00%	0,00%	0,00%	
4.2	Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.	10	10	100%	1	4	4	No	-	-		4,0	4	1,56%	1,56%	100,00%		
4.4	Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia	1	1	100%	≥98%	4	4	No	-	-		4	4	1,56%	1,56%	100,00%		
4.5	Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.	4.270.237.565	796.656.831	536%	≤1,00	0	4	Consistencia del registro entre SIGFE/SIRH	Dicotómico	4	4	2	4	1,56%	0,62%	40,00%	Indicador Dato a Octubre	

Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Cumplimiento	Meta	Puntaje Obtenido Indicador (60%)	Puntaje Indicador Máximo	Requisito	Tipo Requisito	Puntaje Requisito Obtenido (40%)	Puntaje Requisito Máximo	Puntaje Final (Indicador + Requisito)	Puntaje Maximo	Ponderadores	Puntaje obtenido * coeficiente de ajuste	% Cumplimiento Indicador	OBS
4.6	Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa	33	40	-680%	Disminuir >=3 Día	4	4	Plan de ausentismo con enfoque de género	Dicotómico	4	4	4	4	1,56%	1,56%	100,00%	
4.7	Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados en los plazos estipulados por ley.	3	95	3%	≥80%	0	4	No	-	-		0	4	1,56%	0,00%	0,00%	Indicador Dato a Octubre
4.8	Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales	0	1	45%	≥95%	0	4	Ejecución del gasto	Dicotómico	4	4	2	4	1,56%	0,62%	40,00%	Datos a Septiembre
4.9	Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres	1	1	100%	1	4	4	Implementación del plan gestión del riesgo de desastres	Dicotómico	4	4	4	4	1,56%	1,56%	100,00%	Datos a Septiembre
5.2	Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados.	13	13	100%	≥80%	4	4	No	-	-		4	4	1,25%	1,25%	100,00%	
5.4	Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.	1	1	100%	1	4	4	Vigilancia de la resistencia para	Dicotómico	4	4	4	4	1,25%	1,25%	100,00%	
6.1	Cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos	42.650	43.127	99%	1	0	4	No	-	-		0	4	2,00%	0,00%	0,00%	
7.2	Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.	1	1	100%	1	4	4	No		0		4	4	1,00%	1,00%	100,00%	
7.3	Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.	6	6	100%	≥80%	4	4	Plan de Interculturalidad	Dicotómico	4	4	4	4	1,00%	1,00%	100,00%	

## Resultados cumplimiento de acuerdo de programación/ acuerdo de gestión

Programa 05 GRD 2025	Acuerdo de programación	Realizado 2025	% Cumplimiento
<b>Egresos Hospitalarios</b>	<b>21.865</b>	23.630	<b>108%</b>
<b>Cirugía Mayor Ambulatoria</b>	<b>5.007</b>	4.451	<b>89%</b>

Nº	INDICADOR	META	FUENTE	Resultado	Estado
1	Indice Funcional	≤ 1	GRD	0,83	cumple
2	IEMA	≤ 1	GRD	0,85	cumple
3	Variación de la valorización de los excesos de estancias outlier superior (VEEOS)	≤ 0,0	SIGCOM / GRD	0,74	no cumple
4	Impacto (Estancias Evitables) depurado	≤ 0,0	GRD	-25.573,80	cumple
5	Variación del gasto en compra de servicios	≤ 0,0%	SIGFE	0%	cumple
6	Cantidad Estimaciones	Meta: +/- 5% de desviación (95% a 105%)	Anexo 1 y SIGFE	-3,59%	cumple
7	Porcentaje cumplimiento de oportunidad GES	100% (mayor o igual a 99,5%)	SIGGES	92,10%	no cumple
8	Porcentaje cumplimiento de oportunidad GES EXCEPTUADAS.	≤ 5%	SIGGES	5,30%	no cumple
9	Porcentaje cumplimiento de oportunidad GES, problemas de salud oncológicos.	100% (mayor o igual a 99,5%)	SIGGES	96,70%	no cumple
10	Porcentaje cumplimiento de oportunidad GES, problemas de salud oncológicos EXCEPTUADAS.	≤ 7%	SIGGES	3,80%	cumple
11	Porcentaje de registros GES	80%	SIGGES	67,80%	no cumple
12	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas (IQ) suspendidas	≤ 7,0% de IQ suspendidas en el periodo.	DEIS	8,15%	no cumple
13	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para intervenciones quirúrgicas.	c. Establecimientos de salud con mediana al 31 de diciembre 2024 mayor a 300 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.  LB al 31.12.2024: 518	SIGTE	Disminución de 23,2% (398 días)	no cumple
14	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad.	c. Establecimientos de salud con mediana al 31 de diciembre 2024 mayor a 300 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.  LB al 31.12.2024: 330	SIGTE	Aumento de 5,8% (349 días)	no cumple
15	Promedio mensual de pacientes rescatados de Ley de urgencia estabilizados MAI	SSVQ >=25 MENSUALES	UGCC	25,25	cumple

MONITOREO de Indicadores Metas Sanitarias Médicas LEY 19.664 AÑO 2025 - DICIEMBRE 2025 - TRAMO 2:

79,3%

Nº	INDICADOR	FORMULA	Meta	Ponderación	% Cumpl	Ponderación obtenida
1	<u>Altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento</u>	(Nº de altas de tratamiento odontológico de especialidades del período/Nº de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del período)*100	90,0%	5%	67,8%	<b>3,8%</b>
2	<u>Personas con indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria(UEH), que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.</u>	(Nº Total de personas con indicación de Hospitalización que espera en UEH T'< 12 horas para acceder a cama de dotación en año t/ Nº Total de pacientes con indicación de Hospitalización en UEH en t)*100	85,0%	6%	42,1%	<b>0,0%</b>
3	<u>Disminución de los casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas (IQ) electivas mayores y menores con antigüedad sobre el percentil 75 (anterior al 31 de diciembre del año 2024)</u>	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024/Número total de casos en la Lista Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)*100	80,1%	6%	47,7%	<b>0,0%</b>
4	<u>Disminución de los casos en lista de espera para consulta nueva de especialidad médica con antigüedad sobre el percentil 75 (anterior al 31 de diciembre del año 2024)</u>	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024/Número total de casos en la Lista Espera de consulta nueva de especialidad médica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)*100	80,1%	6%	71,2%	<b>5,3%</b>
5	<u>Disminución de los casos en lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica con antigüedad sobre el percentil 75 (anterior al 31 de diciembre del año 2024)</u>	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera para consulta nueva de especialidad odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024/Número total de casos en la Lista Espera de consulta nueva de especialidad odontológica sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)*100	80,1%	14%	96,3%	<b>14,0%</b>
6	<u>Reducción del porcentaje global de cesáreas</u>	(Número de cesáreas del período t/Número total de partos del período t)*100	45,1%	6%	52,5%	<b>5,2%</b>
7	<u>Porcentaje de egresos con estadía prolongada (Outliers Superiores)(GRD)</u>	(Número de egresos con estadías prolongadas (Outliers Superiores)en el periodo/Total de egresos codificados en el periodo) *100	4,1%	45%	3,8%	<b>45,0%</b>
8	<u>Resolución de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada</u>	(Nº de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de Diciembre de 2024, resueltas/ N° total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de Diciembre de 2024)*100	80,0%	6%	83,3%	<b>6,0%</b>
9	<u>Cumplimiento de Garantías Explícitas de Salud (GES) en la Red</u>	([(Garantías Cumplidas+Garantías Exceptuadas+Garantías Incumplidas Atendidas en el año t)/((Garantías Cumplidas+Garantías Exceptuadas+Garantías Incumplidas Atendidas+Garantías Incumplidas no Atendidas) en el año t+Garantías Retrasadas acuñadas])*100	100,0%	6%	97,9%	<b>0,0%</b>

## MONITOREO de Indicadores Metas Sanitarias No Médicas - DICIEMBRE 2025 - TRAMO 1:

90,0%

Nº	INDICADOR	FORMULA	DEPENDENCIA	Meta	Ponderación	% Cumpl	% Cumpl /meta	Evaluación	Ponderación obtenida
1	<u>Disminución del exceso de días de estancias asociados a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).</u>	$[(\text{Exceso de estancias outliers superiores periodo t} - \text{exceso de estancias outliers superiores periodo t-1}) / \text{Exceso de estancias outliers superiores periodo t-1}] \times 100$	Subdirección Médica	<b>2,0%</b>	10%	8,2%	24,3%	0%	<b>0,0%</b>
2	<u>Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes</u>	$(\text{Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t} / \text{nº total de funcionarios/as del establecimiento en salud en el año t}) * 100.$	Subdirección de Gestión de las Personas	<b>7,0%</b>	30%	9,0%	129,2%	100%	<b>30,0%</b>
3	<u>Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar</u>	$(\text{Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar} / \text{Número total de personal de salud con atención clínica directa}) \times 100$	Subdirección de Gestión de las Personas	<b>60%</b>	25%	62,8%	104,7%	100%	<b>25,0%</b>
4	<u>Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud</u>	$(\text{Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años} / \text{Nº total de personal de salud con atención clínica directa}) * 100$	Subdirección de Gestión de las Personas	<b>70%</b>	25%	75,5%	107,9%	100%	<b>25,0%</b>
5	<u>Cobertura de capacitación de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico en seguridad de la atención</u>	$(\text{Nº de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico con curso de seguridad de la atención aprobado con antigüedad menor o igual a 5 años} / \text{Nº total de personal de salud de atención clínica directa y unidades de apoyo clínico}) \times 100$	Subdirección de Gestión de las Personas	<b>80%</b>	10%	80,2%	100,2%	100%	<b>10,0%</b>

**Informe de Evaluación Convenio de Desempeño**  
**Sr. Juan Carlos Gac Becerra**  
**Desde 01-01-2025 a 31-12-2025**

**Resumen de Cumplimiento**

Objetivos	Indicadores	Ponderador	Resultado Final	% Cumplimiento
Objetivo 1: Mejorar la gestión del Hospital Dr. Gustavo Fricke, optimizando sus procesos clínicos y administrativos, para la resolución de problemas de salud de la población a cargo.	Porcentaje de Garantías de Oportunidad GES cumplidas	10%	97,9%	0,0%
	Porcentaje de Personas en lista de espera quirúrgica con tiempo de espera mayor a 24 meses, en relación al periodo t-1	10%	54,4%	5,4%
	Porcentaje de Personas en lista de espera consultas de especialidad con tiempo de espera mayor a 12 meses, en relación al periodo t-1	10%	83,7%	8,4%
Objetivo 2: Mejorar los registros SIRH para una gestión oportuna en la toma de decisiones del Equipo Directivo del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en especial con respecto al ausentismo laboral.	Porcentaje de cumplimiento de programa de actualización del Sistema de Informaciones de Recursos Humanos (SIRH)	10%	100%	10,0%
Objetivo 3: Fortalecer la participación ciudadana en salud con pertinencia territorial y cultural bajo un enfoque de derechos y corresponsabilidad, promoviendo el trabajo colaborativo de los equipos del sector salud, la comunidad usuaria, las organizaciones sociales y la sociedad civil.	Porcentaje de acciones y mecanismos de participación social implementados y ejecutadas que contribuyen a la implementación de planes y programas estratégicos, que se encuentren incluidos en el Plan de Participación Ciudadana	10%	100%	10,0%
	Porcentaje de acciones y mecanismos de participación social implementados y ejecutadas que contribuyen a la implementación de las dimensiones y ejes estratégicos, que se encuentren incluidos en el Plan de desarrollo de la Comisión Técnica Territorial Borde Costero (CTT Borde Costero)	10%	100%	10,0%
Objetivo 4: Realizar una gestión global y eficiente para responder adecuada y oportunamente, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.	Cumplimiento de los diferentes instrumentos	10%	60%	6,0%
Objetivo 5: Lograr el Equilibrio Operacional para un desempeño global, eficiente y efectivo del Hospital Dr. Gustavo Fricke, con especial atención en el programa mantenimiento de equipos y equipamiento.	Porcentaje de variación estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.	10%	100%	10,0%
Objetivo 6: Mejorar la eficiencia y productividad del establecimiento para mejorar los tiempos de respuesta a los problemas de salud de la población a cargo.	Porcentaje de acercamiento de la atención en salud a la comunidad de las comunas de su jurisdicción	10%	100%	10,0%
Objetivo 7: Impulsar el fortalecimiento del clima laboral y ambientes bien tratantes en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, instalando prácticas y herramientas de gestión de las jefaturas.	Porcentaje de jefaturas fortalecidas técnicamente	10%	100%	10,0%
<b>Resultado</b>			<b>79,9%</b>	

**Objetivo 1: Mejorar la gestión del Hospital Dr. Gustavo Fricke, optimizando sus procesos clínicos y administrativos, para la resolución de problemas de salud de la población a cargo.**

**1.1 Porcentaje de Garantías de oportunidad GES cumplidas.**

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Cumplidas dentro de plazo} + \text{Exceptuadas} + \text{Cumplidas fuera de plazo o Incumplidas Atendidas}}{\text{Total de Garantías en el periodo a evaluar}} \times 100$$

De acuerdo a informe **anexo 1.1**, el resultado del indicador se expresa de la siguiente forma:

$$\frac{71.175 + 4.318 + 4.734}{71.175 + 4.318 + 4.734 + 778 + 937} = \frac{80.227}{81.942} = 97,9\%$$

*\*El resultado indicado corresponde al mes de noviembre, entregado por SSVQ. Diciembre aún no ha sido informado. Se adjunta informe de justificación.*

**1.2 Porcentaje de personas en lista de espera quirúrgica con tiempo de espera mayor a 24 meses, en relación al periodo t-1.**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de casos en LE IQx con TE} > 24 \text{ meses en el año t}}{\text{Nº de casos en LE IQx con TE} > 24 \text{ meses en el año t - 1}}$$

De acuerdo a certificado presentado en **anexo 1.2**, el número de casos en LE IQx al inicio del periodo era de 1.840, de estos casos pendientes se egresó un total de 1.001 casos al 31.12.2025, por lo tanto, el cumplimiento se expresa de la siguiente forma:

$$\frac{1.001}{1.840} = 54,4\%$$

El resultado de resolución de casos es de 54,4%. Se adjunta informe complementario con detalle de casos SENAME y PRAIS.

**1.3 Porcentaje de personas en lista de consulta nueva de especialidad con tiempo de espera mayor a 12 meses, en relación al periodo t-1.**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de casos en LE CNE con TE} > 12 \text{ meses en el año t}}{\text{Nº de casos en LE CNE con TE} > 12 \text{ meses en el año t - 1}}$$

De acuerdo a informe presentado en **anexo 1.3**, el número de casos en LE CNE al inicio del periodo era de 7.496, de estos casos pendientes se egresó un total de 6.272 casos al 31.12.2025, por lo tanto, el cumplimiento se expresa de la siguiente forma:

$$\frac{6.272}{7.496} = 83,7\%$$

El resultado de resolución de casos es de 83,7%. Se adjunta informe complementario con detalle de casos SENAME y PRAIS.

**Objetivo 2: Mejorar los registros SIRH para una gestión oportuna en la toma de decisiones del Equipo Directivo del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en especial con respecto al ausentismo laboral.**

**2.1 Porcentaje Cumplimiento de Programa de actualización del Sistema de Informaciones de Recursos Humanos (SIRH).**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de registros actualizados y fidedignos en módulos de planta y hoja de vida de SIRH del periodo a evaluar}}{\text{Total de número de registros existentes en módulo de planta y hoja de vida del SIRH en el periodo a evaluar}}$$

De acuerdo a informe presentado en **anexo 2.1**, el resultado se expresa de la siguiente forma:

$$\frac{3.726}{3.726} = 100\%$$

El indicador se cumple en un 100%.

**Objetivo 3: Fortalecer la participación ciudadana en salud con pertinencia territorial y cultural bajo un enfoque de derechos y corresponsabilidad, promoviendo el trabajo colaborativo de los equipos del sector salud, la comunidad usuaria, las organizaciones sociales y la sociedad civil.**

**3.1 Porcentaje de acciones y mecanismos de participación social implementados y ejecutadas que contribuyen a la implementación de planes y programas estratégicos, que se encuentren incluidos en el Plan de Participación Ciudadana**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de mecanismos de participación y control social implementados en el año } t}{\text{Nº de mecanismos de participación y control social programados en el Plan en el año } t} = \frac{17}{17} = 100\%$$

De acuerdo a la documentación presentado en **anexo 3.1**, el Plan de trabajo considera un total de 17 mecanismos, de los cuales se ha implementado el 100% de ellos. El indicador se cumple en un 100%.

**3.2 Porcentaje de acciones y mecanismos de participación social implementados y ejecutadas que contribuyen a la implementación de las dimensiones y ejes estratégicos, que se encuentren incluidos en el Plan de desarrollo de la Comisión Técnica Territorial Borte Costero (CTT Borte Costero)**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de actividades realizadas en el año } t}{\text{Nº de actividades programadas en el año } t} = \frac{7}{7} = 100\%$$

De acuerdo a la documentación presentado en **anexo 3.2**, el Plan presentado considera un total de 7 actividades a realizar según periodicidad indicada y coordinada con los respectivos referentes. Se cumple el 100% de las actividades. El indicador se cumple en un 100%.

**Objetivo 4: Realizar una gestión global y eficiente para responder adecuada y oportunamente, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.**

#### **4.1 Cumplimiento de los diferentes instrumentos de evaluación.**

De acuerdo a informes presentados en **anexo 4.1**, los porcentajes de cumplimiento de cada instrumento son:

- \*COMGES (100%): 47,3%
- METAS SANITARIAS (90%): 90%
- \*BALANCE SCORECARD (75% INDICADORES - DICOTÓMICO): 51%
- ACUERDO DE PROGRAMACIÓN (100% DE LA META DE EGRESOS Y CMA): 94,4%

*\*Instrumentos COMGES y BSC se encuentran con evaluaciones preliminares, ya que aún falta la evaluación anual y posteriores envíos de apelaciones por lo que su resultado podría cambiar.*

El resultado, se expresa a continuación:

$$(47,3\% * 0,25\%) + (100\% * 0,25) + (0\% * 0,25) + (94,4\% * 0,25\%) = 60,4\%$$

La meta es 100%, por lo que este indicador pondera un 6,0%.

**Objetivo 5: Lograr el equilibrio operacional para un desempeño global, eficiente y efectivo del Hospital Dr. Gustavo Fricke, con especial atención en el programa de equipos y equipamiento.**

#### **5.1 Porcentaje de variación estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.**

Fórmula de cálculo:

$$\frac{(\text{Monto de gasto total ejecutado Subtítulo 21 y 22 mes } t - \text{Monto de gasto total estimado Subtítulo 21 y 22 mes } t)}{\text{Monto de gasto total estimado Subtítulo 21 y 22 mes } t} \times 100$$

De acuerdo al informe presentado en **anexo 5.1**, la variación de estimaciones presupuestarias fue de -3,6%. Donde el monto ejecutado corresponde a \$207.770.003 y el estimado a \$215.517.059. Según la composición de la meta (Meta: 100%  $X \leq +5\%$ ), este resultado corresponde al 100% de cumplimiento.

$$\frac{\$ 207.770.003 - \$ 215.517.059}{\$ 215.517.059} = -3,6\%$$

Se adjuntan documentos complementarios asociados al cumplimiento del plan de mantenciones equipos críticos.

**Objetivo 6: Mejorar la eficiencia y productividad del establecimiento para mejorar los tiempos de respuesta a los problemas de salud de la población a cargo.**

**6.1 Porcentaje de acercamiento de la atención en salud a la comunidad de las comunas de su jurisdicción.**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{Nº \text{ total de operativos realizados}}{Nº \text{ total de operativos programados}} \times 100$$

La meta de este indicador solicita realizar 2 operativos con personal interno y 2 operativos con entidades externas. De acuerdo a la información entregada en **anexo 6.1**, se realizaron 2 operativos con personal interno y 3 con entidades externas. Se adjuntan los documentos que respaldan las acciones realizadas. El indicador se cumple en un 100%.

**Objetivo 7: Impulsar el fortalecimiento del clima laboral y ambientes bien tratantes en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, instalando prácticas y herramientas de gestión de las jefaturas.**

**7.1 Porcentaje de jefaturas fortalecidas técnicamente**

Fórmula de Cálculo:

$$\frac{Nº \text{ total de jefaturas fortalecidas técnicamente}}{Nº \text{ total de jefaturas del establecimiento}} \times 100$$

La meta de este indicador para el año 1 consiste en capacitar el 30% de jefaturas. Para el denominador de este indicador se consideró un total de 139 jefaturas, sin embargo, final del periodo 2025 se excluyeron un total de 7 jefaturas por concepto de licencia médica prolongada, renuncia y/o cambio de funciones. Por lo que el denominador corresponde a 132 jefaturas.

De acuerdo a la información entregada en **anexo 7.1**, un total 40 jefatura aprobaron las capacitaciones. Por lo que el cumplimiento del indicador sería:

$$\frac{40}{132} \times 100 = 30,3\%$$

Según el resultado obtenido, el indicador cumple la meta en un 100%.

Monitoreo de Resultados – Planificación Estratégica  
Diciembre 2025 (preliminar)



Para el año 2025 la medición de los indicadores se realiza en base a escala de puntajes, donde:

- 4 puntos: indicador que cumple con la meta establecida.
- 1 - 3 puntos: indicadores que cumplen parcialmente su meta.
- 0 puntos: indicador sin cumplir.

A continuación, se detalla el cumplimiento de los 40 indicadores medidos en Planificación Estratégica 2025:

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos	Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos x 0,3 + Puntaje de calidad por reporte sistema de costos x 0,7 / Total de puntaje que aplica para el periodo	>= 95%	Jefe de Control de Gestión	100,0%	4
	Porcentaje de Tratos directos - Monto	Monto de compras realizadas a través de tratos directos / Monto total de compras en el periodo	<= 10%	Jefe de Abastecimiento	19,5%	2
	Variación del gasto en compra de servicios	Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas del periodo t - Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas periodo t-1 / Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas periodo t-1	<= 0%	Subdirector Administrativo	0,0%	4
	Equilibrio Financiero	Gastos devengados en el periodo / Ingresos devengados en el periodo	<= 1.03	Subdirector Administrativo	0,93	4
	Porcentaje de eventos validados, Pago GRD	Número de eventos validados para pago en el periodo / Número de eventos totales del periodo	>= 98%	Jefe de Control de Gestión	99,3%	4
	Porcentaje de Regularizaciones de compras - Monto	Monto de regularizaciones de compras en el periodo / monto total de compras en el periodo	<= 10%	Jefe de Abastecimiento	2,8%	4
	Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables	Número de egresos de CMA en el periodo / Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo	>= 70%	Coordinador Quirúrgico	90,7%	4
	Índice Funcional	EMAC / EM Norma	<= 1	Subdirector Médico	0,83	4
	Porcentaje de egresos con estadía prolongada Outliers Superiores	Número de egresos con estadías prolongadas Outliers superiores en el periodo / Total de egresos codificados en el periodo	<= 5.0%	Subdirector Médico	3,8%	4
	Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados	Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados en el periodo / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados en el periodo	>= 85%*	Jefe de Pabellón	62,5%	2
	Porcentaje de productos mermados	Valorizado de medicamentos mermados del periodo / Total del inventario de medicamentos valorizado del periodo	0,75%*	Subdirección Médica	0,9%	3

**Monitoreo de Resultados – Planificación Estratégica**  
**Diciembre 2025 (preliminar)**



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.	Gestión ausentismo mayor a 180 días	Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años gestionados para su pronta recuperación y/o reintegro laboral / Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años	>= 85%	Jefe de Calidad de Vida	76,4%	3
	Catastro de equipos médicos	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Ingeniería Clínica	100,0%	4
	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	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	>= 99,5%	Jefe de Farmacia	99,7%	4
	Gestión de días pre quirúrgicos	Suma de días de estada pre quirúrgicos del periodo / total de egresos del periodo	<= 1	Coordinador Quirúrgico	1,5	2
Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.	Porcentaje de reclamos Probidad Administrativa gestionados	Número de reclamos de Probidad Administrativa derivados / Número de reclamos de probidad administrativa	>= 90%	Jefe OIRS	100,0%	4
	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	Número de consultas nuevas de especialidad realizadas en el periodo / Total de consultas médicas de especialidad realizadas en el periodo	>= 33%	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	33,1%	4
	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas Realizadas por Especialista	Número de consultas médicas especialistas realizadas durante el periodo / Total de consultas médicas especialista programadas o reprogramadas para el periodo	>= 95%	Subdirector Médico	106,8%	4
	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas en modalidad Telemática	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	>= 95%	Jefe Telemedicina	272,3%	4
	Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrareferencia al alta de especialidad médica	Número de contrarreferencias en el alta médica realizadas en el periodo / Número total de altas médicas realizadas en el periodo	>= 80%	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	29,3%	1
	Hospital Acreditado	Nº de características obligatorias aplicables en cumplimiento / Nº total de características obligatorias aplicables	= 100%	Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente	93%	3
	Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud -GES - en la Red	Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas / Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas + garantías incumplidas no atendidas + garantías retrasadas acumuladas	>= 99,5%	Jefe Coordinación GES	97,8%	3

**Monitoreo de Resultados – Planificación Estratégica**  
**Diciembre 2025 (preliminar)**



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad	Mediana de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad médica - mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica / mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica	30% (LB: 330)*	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	-5,8% (aumento de la mediana a 349 días)	0
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Intervención Quirúrgica	Mediana de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - mediana de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas / mediana de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones	30% (LB: 518)*	Coordinador Quirúrgico	23,2% (disminución de la mediana a 398 días)	3
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	Mediana de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica - mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica / mediana de días de espera de la línea base en el t	15% (LB: 255)*	Jefe Odontología	31,0% (disminución de la mediana a 176 días)	4
Trato Humanizado.	Porcentaje de reclamos Trato gestionados	Número de reclamos de Trato con propuesta de mejora y respuesta al usuario / Número de reclamos de Trato	>= 80%	Jefe OIRS	87,6%	4
	Porcentaje de usuarias obstétricas que egresan sin RUT	Número de usuarias obstétricas que egresan sin RUT / Número de egresos de usuarias obstétricas	<= 3%	Jefe Chilecrece contigo	0,2%	4
	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes Pediátricos antes de 7 días	Número de reingresos pediátricos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período	<= 2,5%	Subdirector Médico	2,2%	4
	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes Adultos antes de 7 días	Número de reingresos adultos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período	<= 2%	Subdirector Médico	1,1%	
	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria	Número de pacientes con estadía menor e igual a 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el período / Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el período	>= 90%	Jefe de Unidad de Emergencia	93,4%	4
	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospital	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 DAU	<= 10%	Jefe de Unidad de Emergencia	17,5%	2
	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el período / Total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el período	<= 6,5%	Jefe de Pabellón	8,2%	3

Monitoreo de Resultados – Planificación Estratégica  
Diciembre 2025 (preliminar)



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Trato Humanizado.	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación	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	>= 85%	Subdirector Médico	42,1%	1
Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.	Planificación Anual Docente Asistencial	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe Asistencial Docente	100,0%	4
Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios.	Planificación de Contingencia TICS	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe de TICS	100,0%	4
	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos	Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos x 0,3 + Puntaje de calidad por reporte sistema de costos x 0,7 / Total de puntaje que aplica para el periodo	>= 95%	Jefe de Control de Gestión	100,0%	4
	Planificación para la Implementación de Sistema ERP	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe de TICS	100,0%	4
	Procesos de selección de personal con diseño de perfiles de cargo que consideran la capacidad de adaptación.	Número de procesos de selección de personal realizados con diseño de perfiles de cargo que consideran la capacidad de adaptación y flexibilidad / Número de procesos de selección realizados	>= 85%	Jefe Desarrollo Organizacional	100,0%	4
	Encuesta de Percepción Usuaria	Puntaje total de las encuestas aplicadas en el periodo / Puntaje máximo a obtener en las encuestas aplicadas	>= 80%	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	96,0%	4
	Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	Número de requisitos cumplidos por el establecimiento en el periodo / Total de requisitos exigidos en el periodo	= 100%	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	100%	4
	Aumento de Telemedicina	Número de atenciones en el periodo / Número de atenciones en igual periodo del año anterior	>= 10%, respecto al año t-1	Jefe Telemedicina	21,4%	4

\*Indicadores con cambio de medición y meta, se ajustan según lo solicitado en instrumento BSC 2025.

Monitoreo de Resultados – Planificación Estratégica  
Diciembre 2025 (preliminar)



Resumen de cumplimiento, con corte al mes **diciembre 2025**:

Estado del indicador	Cantidad
Cumple	27
Parcial	12
No Cumple	1
No aplica al periodo	0
Sin Información	0
<b>Total de Indicadores</b>	<b>40</b>

El cumplimiento de los indicadores medidos en **Planificación Estratégica** con corte al mes de diciembre 2025, se calcula sobre un total de **40 indicadores**. El cumplimiento es de **85,0%**, correspondiente a **136 puntos**, considerando que el **máximo a obtener es 4 puntos por indicador**, es decir **160 puntos**.

Bárbara Ramírez C.  
Unidad de Control de Gestión  
Anexo 322154

Monitoreo de Resultados – Matriz de Riesgos  
Diciembre 2025 (preliminar)



Para el año 2025 la medición de los indicadores se realiza en base a escala de puntajes, donde:

- 4 puntos: indicador que cumple con la meta establecida.
- 1 - 3 puntos: indicadores que cumplen parcialmente su meta.
- 0 puntos: indicador sin cumplir.

A continuación, se detalla el cumplimiento de los 39 indicadores medidos en **Matriz de Riesgos**:

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos	Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos x 0,3 + Puntaje de calidad por reporte sistema de costos x 0,7 / Total de puntaje que aplica para el periodo	>= 95%	Jefe de Control de Gestión	100,0%	4
	Porcentaje de Tratos directos - Monto	Monto de compras realizadas a través de tratos directos / Monto total de compras en el periodo	<= 10%	Jefe de Abastecimiento	19,5%	2
	Variación del gasto en compra de servicios	Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas del periodo t - Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas periodo t-1 / Gasto en compra de servicios de la cuenta presupuestaria 22.12.999.03 Compra intervenciones Quirúrgicas, Clínicas periodo t-1	<= 0%	Subdirector Administrativo	0,0%	4
	Equilibrio Financiero	Gastos devengados en el periodo / Ingresos devengados en el periodo	<= 1.03	Subdirector Administrativo	0,93	4
	Porcentaje de eventos validados, Pago GRD	Número de eventos validados para pago en el periodo / Número de eventos totales del periodo	>= 98%	Jefe de Control de Gestión	99,3%	4
	Porcentaje de Regularizaciones de compras - Monto	Monto de regularizaciones de compras en el periodo / monto total de compras en el periodo	<= 10%	Jefe de Abastecimiento	2,8%	4
	Porcentaje de Ambulatorización de Cirugías Mayores Ambulatorizables	Número de egresos de CMA en el periodo / Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo	>= 70%	Coordinador Quirúrgico	90,7%	4
	Índice Funcional	EMAC / EM Norma	<= 1	Subdirector Médico	0,83	4
	Porcentaje de egresos con estadía prolongada Outliers Superiores	Número de egresos con estadías prolongadas Outliers superiores en el periodo / Total de egresos codificados en el periodo	<= 5.0%	Subdirector Médico	3,8%	4
	Porcentaje de Horas Ocupadas de Quirófanos Habilitados	Número de horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados en el periodo / Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados en el periodo	>= 85%*	Jefe de Pabellón	62,5%	2
	Porcentaje de productos mermados	Valorizado de medicamentos mermados del periodo / Total del inventario de medicamentos valorizado del periodo	0,75%*	Subdirección Médica	0,9%	3

**Monitoreo de Resultados – Matriz de Riesgos**  
**Diciembre 2025 (preliminar)**



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Eficiencia en el uso de los recursos, con énfasis en la gestión clínica.	Gestión ausentismo mayor a 180 días	Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años gestionados para su pronta recuperación y/o reintegro laboral / Número de funcionarios con ausentismo mayor a 180 días en los últimos 2 años	>= 85%	Jefe de Calidad de Vida	76,4%	3
	Catastro de equipos médicos	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Ingeniería Clínica	100,0%	4
	Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno	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	>= 99,5%	Jefe de Farmacia	99,7%	4
	Gestión de días pre quirúrgicos	Suma de días de estada pre quirúrgicos del periodo / total de egresos del periodo	<= 1	Coordinador Quirúrgico	1,5	2
Calidad en la atención, orientada hacia la seguridad, oportunidad y acceso.	Porcentaje de reclamos Probidad Administrativa gestionados	Número de reclamos de Probidad Administrativa derivados / Número de reclamos de probidad administrativa	>= 90%	Jefe OIRS	100,0%	4
	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria	Número de consultas nuevas de especialidad realizadas en el periodo / Total de consultas médicas de especialidad realizadas en el periodo	>= 33%	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	33,1%	4
	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas Realizadas por Especialista	Número de consultas médicas especialistas realizadas durante el periodo / Total de consultas médicas especialista programadas o reprogramadas para el periodo	>= 95%	Subdirector Médico	106,8%	4
	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas en modalidad Telemática	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	>= 95%	Jefe Telemedicina	272,3%	4
	Porcentaje de Cumplimiento del Envío de Contrareferencia al alta de especialidad médica	Número de contrarreferencias en el alta médica realizadas en el periodo / Número total de altas médicas realizadas en el periodo	>= 80%	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	29,3%	1
	Hospital Acreditado	Nº de características obligatorias aplicables en cumplimiento / Nº total de características obligatorias aplicables	= 100%	Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente	93%	3
	Porcentaje de Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud -GES - en la Red	Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas / Garantías cumplidas + garantías exceptuadas + garantías incumplidas atendidas + garantías incumplidas no atendidas + garantías retrasadas acumuladas	>= 99,5%	Jefe Coordinación GES	97,8%	3

**Monitoreo de Resultados – Matriz de Riesgos**  
**Diciembre 2025 (preliminar)**



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad	Mediana de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad médica - mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica / mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad médica	30% (LB: 330)*	Jefe Consultorio Adosado de Especialidades	-5,8% (aumento de la mediana a 349 días)	0
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Intervención Quirúrgica	Mediana de días espera en el total de las intervenciones quirúrgicas en el período - mediana de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones quirúrgicas / mediana de días de espera de la línea base en el total de las intervenciones	30% (LB: 518)*	Coordinador Quirúrgico	23,2% (disminución de la mediana a 398 días)	3
	*Variación del Promedio de Días de Espera para Consulta Nueva de Especialidad Odontológica	Mediana de días espera en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica - mediana de días de espera de la línea base en el total de las consultas nuevas de especialidad odontológica / mediana de días de espera de la línea base en el t	15% (LB: 255)*	Jefe Odontología	31,0% (disminución de la mediana a 176 días)	4
Trato Humanizado.	Porcentaje de reclamos Trato gestionados	Número de reclamos de Trato con propuesta de mejora y respuesta al usuario / Número de reclamos de Trato	>= 80%	Jefe OIRS	87,6%	4
	Porcentaje de usuarias obstétricas que egresan sin RUT	Número de usuarias obstétricas que egresan sin RUT / Número de egresos de usuarias obstétricas	<= 3%	Jefe Chilecrece contigo	0,2%	4
	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes Pediátricos antes de 7 días	Número de reingresos pediátricos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período	<= 2,5%	Subdirector Médico	2,2%	4
	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes Adultos antes de 7 días	Número de reingresos adultos urgentes antes de 7 días / Total de egresos del período	<= 2%	Subdirector Médico	1,1%	
	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria	Número de pacientes con estadía menor e igual a 6 horas en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el período / Total de pacientes con alta médica atendidos en Unidad de Emergencia Hospitalaria adulto y pediátrica en el período	>= 90%	Jefe de Unidad de Emergencia	93,4%	4
	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospital	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 DAU	<= 10%	Jefe de Unidad de Emergencia	17,5%	2
	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el período / Total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el período	<= 6,5%	Jefe de Pabellón	8,2%	3

Monitoreo de Resultados – Matriz de Riesgos  
Diciembre 2025 (preliminar)



OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	CUMPLIM.	PUNTAJE
Trato Humanizado.	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación	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	>= 85%	Subdirector Médico	42,1%	1
Formación de Profesionales de Salud organizados en torno a los cambios epidemiológicos y demográficos.	Planificación Anual Docente Asistencial	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe Asistencial Docente	100,0%	4
Capacidad de adaptación y adherencia a los cambios.	Planificación de Contingencia TICS	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe de TICS	100,0%	4
	Planificación para la Implementación de Sistema ERP	Dicotómico Si/No (SI=100%; NO=0%)	100%	Jefe de TICS	100,0%	4
	Procesos de selección de personal con diseño de perfiles de cargo que consideran la capacidad de adaptación.	Número de procesos de selección de personal realizados con diseño de perfiles de cargo que consideran la capacidad de adaptación y flexibilidad / Número de procesos de selección realizados	>= 85%	Jefe Desarrollo Organizacional	100,0%	4
	Encuesta de Percepción Usuaria	Puntaje total de las encuestas aplicadas en el periodo / Puntaje máximo a obtener en las encuestas aplicadas	>= 80%	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	96,0%	4
	Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios	Número de requisitos cumplidos por el establecimiento en el periodo / Total de requisitos exigidos en el periodo	= 100%	Unidad de Participación Social y Trato Usuario	100%	4
	Aumento de Telemedicina	Número de atenciones en el periodo / Número de atenciones en igual periodo del año anterior	>= 10%, respecto al año t-1	Jefe Telemedicina	21,4%	4

\*Indicadores con cambio de medición y meta, se ajustan según lo solicitado en instrumento BSC 2025.

Monitoreo de Resultados – Matriz de Riesgos  
Diciembre 2025 (preliminar)



Resumen de cumplimiento, con corte al mes **diciembre 2025**:

Estado del indicador	Cantidad
Cumple	26
Parcial	12
No Cumple	1
No aplica al periodo	0
Sin Información	0
<b>Total de Indicadores</b>	<b>39</b>

El cumplimiento de los indicadores medidos en **Matriz de Riesgos** con corte **al mes de diciembre 2025**, se calcula sobre un total de **39 indicadores**. El cumplimiento es de **84,62%**, correspondiente a **132 puntos**, considerando que el **máximo a obtener es 4 puntos por indicador**, es decir **156 puntos**.

Bárbara Ramírez C.  
Unidad de Control de Gestión  
Anexo 322154



**INFORME DE RESULTADOS (2)**  
**METAS DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD 2025**  
**HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**

Con fecha 16 de enero de 2026, y en conformidad a lo establecido en el artículo 12 de la Ley 20.707 que señala: "Establécese una asignación para los profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la ley N° 15.076 en unidades de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, asociada al cumplimiento anual de metas de producción y de calidad", se puede informar los siguientes resultados:

Unidades Definidas	Cantidad de Metas	% de Cumplimiento de la Unidad
ANESTESIA	4	85%
ÁREA DE LA MUJER	4	88%
UPC PEDIATRICA	4	95%
UPC ADULTO	4	100%
UPC NEONATOLOGÍA	4	90%
UPC CARDIOVASCULAR	4	65%
UNIDAD DE EMERGENCIA ADULTO	4	60%
UNIDAD DE EMERGENCIA INFANTIL	4	90%
CIRUGÍA	5	80%
MEDICINA	4	50%

Se acompaña al presente documento, los resultados individuales de cada Unidad, con el detalle de la evaluación para cada meta comprometida.

  
Dra. Tatiana Aldunate León  
Directora (S) Hospital Dr. Gustavo Fricke

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de Anestesia**

Nº indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número de indicador (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Compliance de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador/ Obtenido (13)	Evaluación (14)
11	Unidad de Anestesia	Calidad	Personal de salud con atención clínica directa capacitados en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes	(Nº de funcionarios de atención clínica directa capacitados en al menos una temática clínica relevante en el año / Nº total de funcionarios/as de atención clínica directa en el año) *100	7%	10%	1	24	4,2%	60%	6%	0	No Cumple
12	Unidad de Anestesia	Calidad	Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	7%	10%	3	24	12,5%	100%	100%	10	Cumple 100%
13	Unidad de Anestesia	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	60%	20%	11	24	45,8%	76%	76%	15	Cumple Parcial 75%
14	Unidad de Anestesia	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Nº total de personal de salud con atención clínica directa) * 100	70%	60%	18	24	75%	100%	100%	60	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de Anestesia y Pabellón, y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 85%.



Dra. Margarita Méndez González  
Jefe Unidad de Anestesia



El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de Área de la Mujer**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número de Ponderador (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Resultado Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
5	Unidad de Área de la Mujer	Producción	Reducción del porcentaje global de cesáreas.	(Número de cesáreas del período / Número total de partos del período) *100	45,09%	10%	1075	2048	52,5%	84%	84%	8	Cumple Parcial 84%
10	Unidad de Área de la Mujer	Calidad	Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos.	(Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo ETE / Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados) *100	80%	10%	205	260	79,2%	99%	100%	10	Cumple 100%
13	Unidad de Área de la Mujer	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiorespiratoria.	(Nº funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	60%	10%	8	22	16,4%	61%	61%	0	No Cumple 61%
14	Unidad de Área de la Mujer	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en atención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personas de salud con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Nº total de personal de salud con atención clínica directa) * 100	70%	70%	18	22	81,8%	100%	100%	70	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de Área de la Mujer, y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 88%.

  
Jefe de Servicio  
Área de la Mujer  
Hospital Dr. Gustavo Fricke  
Vicepresidente

**Dra. Mónica Molina Ravanal**  
**Jefe Unidad de Área de la Mujer**

  
  
**Víctor González Vallejos**  
**Auditor Hospital Dr. Gustavo Fricke**  
Vicepresidente

- (1) Se adjunta formato por justificación de No cumplimiento.**  
El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



## FORMATO JUSTIFICACIÓN CAUSA EXTERNA

Nombre del Servicio de Salud	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
Nombre del Establecimiento	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Nombre del Indicador	Personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.
Análisis Cuantitativo:	<p>Total de personas de salud de atención clínica directa considerando el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Personal no médico – cumple meta</li><li>- Personal médico – Cumple 36% - Meta 60% (no cumple)</li></ul> <p>El indicador no cumple el porcentaje exigido ya que la capacitación local ofrecida por la Unidad de Capacitación fue para funcionarios de la Ley 18.834, no siendo extensiva a funcionarios de ley 19.664 y 15.076.</p> <p>Personal médico capacitado corresponde a capacitaciones realizadas en otros hospitales de la red y 5 cupos obtenidos (noviembre 2025) para capacitación RCP básico y uso de DEA por medicina.</p>
Análisis Cualitativo:	<p>El incumplimiento del indicador se origina en la imposibilidad de concretar instancias de capacitación en RCP dirigidas al personal médico durante el periodo evaluado. Si bien se logró capacitar al personal no médico, no se contó con suficientes cupos para capacitación formal y certificada para médicos.</p> <p>Factores contribuyentes identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dependencia de otros servicios (anestesiología, medicina) para la ejecución de la capacitación en RCP para médicos.</li><li>- Gestiones reiteradas para coordinar capacitación, las cuales no lograron materializarse dentro del periodo de evaluación.</li><li>- Limitaciones operativas y de certificación de la capacitación (por unidad de anestesiología).</li></ul> <p>Análisis de gestión realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizaron gestiones formales vía mail (a servicio anestesiología y SDM) para la realización de la capacitación médica, logrando obtener solo 5 cupos.</li><li>- Personal no médico cumplió con la meta exigida mediante la capacitación institucional.</li><li>- El incumplimiento no se debe a omisión o falta de gestión, sino a barreras estructurales y organizacionales que impidieron la</li></ul>



	capacitación médica en el periodo evaluado (falta de cupos en capacitaciones impartidas por otros servicios, falta de certificación formal de capacitaciones)
Detalle de Documentación de respaldo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formulario inscripción curso institucional RCP básico para ley 18.834</li><li>- Tabla de cumplimiento de Indicador.</li></ul>

Dra. Javiera Cavada H.  
Jefa (S) Área de la Mujer

## PAC ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### DESCRIPCIÓN DEL CURSO: TALLER 7 "REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA"

ACTIVIDAD DIRIGIDA A: Todos los funcionarios (Ley 18.834).

HORAS PEDAGÓGICAS: 32 Horas.

REQUISITOS DE APROBACIÓN: Nota mínima 4.0 y un mínimo 75% de conexión a la plataforma y 100% presencial

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: Del lunes 04 hasta las 12:00 hrs. del viernes 22 de agosto de 2025.

FECHA DE EJECUCIÓN: 01 al 26 de septiembre de 2025, hasta las 23:59 hrs. del último día.

Este curso cuenta con una sesión presencial el día 30 de septiembre de 2025 en el Auditorio Kaplan ubicado en el tercer piso del Hospital Antiguo. El horario será enviado a los seleccionados vía correo electrónico.

Se entregará clave de acceso a la Plataforma del SSVQ, una vez confirmada su aceptación al curso, a través de correo electrónico registrado.

### DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONARIO A INSCRIBIR

#### COMPLETAR DE MANERA DIGITAL.

SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ESTAMENTO: \_\_\_\_\_ (colocar si es enfermera, paramédico, administrativo, auxiliar u otro)

RUT: \_\_\_\_\_

MAIL PERSONAL (Obligatorio): \_\_\_\_\_

FONO PERSONAL (Obligatorio): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE JEFATURA QUE VALIDA LA INSCRIPCION (Obligatorio): \_\_\_\_\_

FIRMA FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_ FIRMA JEFATURA Y TIMBRE SERVICIO: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

1.- Una vez confirmada la selección del funcionario/a, si no presenta asistencia y/o conexión a la capacitación con justificación previa por escrito a la Unidad de Capacitación, se aplicarán las medidas administrativas correspondientes. Ya que con la inscripción que suscribe adquiere un compromiso de asistencia y/o conexión y cumplimiento de requisitos de aprobación del curso, como también, la Jefatura compromete facilitar la asistencia y/o conexión del funcionario a la capacitación.

2.- Los formularios deben ser llenados correctamente (DIGITAL) y con todos los datos solicitados, además, de las firmas y timbres correspondientes de la Unidad, el formulario que no cumpla con lo mencionado será considerado como NO VALIDO.

3.- Los formularios serán recepcionados de manera presencial en la Unidad de Capacitación (Ubicada en el segundo piso del Antiguo Hospital).

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de UPC Pediátrica**

No Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Compliance de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
9	Unidad de UPC Pediátrica	Calidad	Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales	(Nº de pacientes con Catéter urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales / Total de pacientes con catéter urinario permanente) *100	85%	30%	29	40	74,5%	85%	85%	25	Cumple Parcial 85%
12	Unidad de UPC Pediátrica	Calidad	Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	7%	10%	13	19	68,4%	100%	100%	10	Cumple 100%
13	Unidad de UPC Pediátrica	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	60%	30%	17	19	89,5%	100%	100%	30	Cumple 100%
14	Unidad de UPC Pediátrica	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Nº total de personal de salud con atención clínica directa) *100	70%	70%	16	19	84,2%	100%	100%	30	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de UPC Pediátrica, los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de lasჩegas es de un 95%.



El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de UPC Adulto**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
9	Unidad de UPC Adulto	Calidad	Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales asciendo con las directrices institucionales locales.	(Nº de pacientes con Catéter Urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales / Total de pacientes con catéter urinario permanente) *100.	85%	10%	39	40	97,5%	100%	100%	10	Cumple 100%
10	Unidad de UPC Adulto	Calidad	Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos.	(Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo ETE / Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados) *100.	80%	10%	205	250	79,2%	99%	100%	10	Cumple 100%
11	Unidad de UPC Adulto	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	60%	10%	18	21	85,7%	100%	100%	10	Cumple 100%
12	Unidad de UPC Adulto	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Nº total de personal de salud con atención clínica directa) * 100.	70%	70%	18	21	85,7%	100%	100%	70	Cumple 100%

Observaciones: (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de UPC Adulto y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 100%.



**Dr. Rodrigo Ahumada Mercado**  
**Jefe Unidad de UPC Adulto**

**Víctor González Vallejos**  
**Auditor Hospital Dr. Gustavo Fricke**

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de U/PC Neonatología**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Numerador (8)	Denominador (9)	Resultado informado (Calculo de la formula) (10)	Cumplimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
6	Unidad de U/PC Neonatología	Producción	Disminución del exceso de días de estancias asociales a egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).	(Exceso de estancias outliers superiores periodo t - exceso de estancias outliers superiores periodo t-1) / Exceso de estancias outliers superiores periodo t-1) *100	2%	10%	871	10561	8,2%	8%	0%	0	No Cumple
12	Unidad de U/PC Neonatología	Calidad	Personal de salud capacitado en temáticas asistenciaas a temas transversales relevantes	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	7%	40%	16	17	94,1%	100%	100%	40	Cumple 100%
13	Unidad de U/PC Neonatología	Calidad	Personal de salud en atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	60%	25%	17	17	100%	100%	100%	25	Cumple 100%
14	Unidad de U/PC Neonatología	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Nº total de personal de salud con atención clínica directa) * 100.	70%	25%	16	17	99,1%	100%	100%	25	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de U/PC Neonatología y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 90%.



*Hecho por*  
Vicente González-Vallejos  
Establecimiento Servicio de Salud El Melón



*Hecho por*  
Dra. Daylen Pizarro  
Jefe (S) Unidad U/PC Neonatología

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de UPC Cardiovascular**

No Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número de (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Complimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/ criterio art. 8 (12)	Ponderación Obtenido (13)	Evaluación (14)
9	Unidad de UPC Cardiovascular	Calidad	Cañetero Urinario	Nº de pacientes con Cañetero urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales / Total de pacientes con catéter urinario permanente.	85%	15%	11	40	27,5%	32%	0%	0	No Cumple
10	Unidad de UPC Cardiovascular	Calidad	Evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos.	(Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados con evaluación de riesgo ETE / Nº pacientes quirúrgicos hospitalizados) * 100.	80%	15%	206	260	79,2%	99%	100%	15	Cumple 100%
13	Unidad de UPC Cardiovascular	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) * 100.	60%	20%	0	19	0%	0%	0%	0	No Cumple (1)
14	Unidad de UPC Cardiovascular	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAM aprobado con antigüedad menor a 5 años / N° total de personal de salud con atención clínica directa * 100.	70%	50%	18	19	94,7%	100%	100%	50	Cumple 100%	

Observaciones: (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de UPC Cardiovascular y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 65%.



Dr. Orlando Pedemonte Villalba (anónimo)  
Jefe Unidad UPC Cardiovascular



Dr. Gustavo Fricke  
Jefe Unidad Dr. Gustavo Fricke

(1) Se adjunta formato por justificación de No cumplimiento.  
El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



## FORMATO JUSTIFICACIÓN CAUSA EXTERNA

Nombre del Servicio de Salud	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
Nombre del Establecimiento	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Nombre del Indicador	Personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.
Análisis Cuantitativo:	<p>Total, de personas de salud de atención clínica directa considerando el indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Personal no médico – cumple meta (básico)</li><li>- Personal médico – No cumple meta - Meta 60% (no cumple)</li></ul> <p>Personal médico capacitado corresponde a capacitaciones realizadas en otros hospitales privados y de la red, no fueron considerados en esta evaluación.</p>
Análisis Cualitativo:	<p>El incumplimiento del indicador se origina en la imposibilidad de concretar instancias de capacitación en RCP dirigidas al personal médico durante el periodo evaluado. Si bien se logró capacitar al personal no médico, no se contó con ningún cupo para capacitación formal y certificada para médicos. (se adjuntan correos)</p> <p>Factores contribuyentes identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A pesar de las insistencias realizadas por nuestro médico residente y referente Dr. Jaime Monsalve y de nuestra secretaria Sra. Sandra Albornoz no se logró concretar el curso dirigido a los médicos.</li><li>- Dependencia de otros servicios (anestesiología, medicina) para la ejecución de la capacitación en RCP para médicos.</li><li>- Gestiones reiteradas para coordinar capacitación, las cuales no lograron materializarse dentro del periodo de evaluación.</li></ul> <p>Análisis de gestión realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizaron gestiones formales vía mail para la realización del curso de RCP el 26.08.2025</li><li>- La Enfermera coordinadora Sra. Claudia Benavides de la Unidad de Riesgo Clínico nos envía la planilla de inscripción y nos solicita el número de participantes.</li><li>- La secretaria Sra. Sandra Albornoz, insiste por el curso el 11.11.2025</li></ul>



**GES** 20  
años

Departamento de Auditoría

	<p>capacitación médica en el periodo evaluado. Imposibilidad de impartir el curso por parte del Hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En definitiva, el incumplimiento de este indicador no es atribuible a la gestión de los residentes de nuestra Unidad.</li></ul>
Detalle de Documentación de respaldo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Varios emails que se adjuntan (7)</li><li>- Tabla de cumplimiento de Indicador.</li></ul>

  
Dr. Oneglio Pedemonte V.  
Jefe UPC-CV  
Hospital Dr. Gustavo Fricke  




Documento Social Vida Saludable  
Carrera 1  
Plataforma de Capacitación  
Unidad de Capacitación



HOSPITAL  
Dr. GUSTAVO FRICKE

## PAC ANUAL DE CAPACITACIÓN 2025 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### DESCRIPCIÓN DEL CURSO: TALLER 7 "REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA"

ACTIVIDAD DIRIGIDA A: Todos los funcionarios (Ley 18.834).

HORAS PEDAGÓGICAS: 32 Horas.

REQUISITOS DE APROBACIÓN: Nota mínima 4.0 y un mínimo 75% de conexión a la plataforma y 100% presencial

PERIODO DE INSCRIPCIÓN: Del lunes 04 hasta las 12:00 hrs. del viernes 22 de agosto de 2025.

FECHA DE EJECUCIÓN: 01 al 26 de septiembre de 2025, hasta las 23:59 hrs. del último día.

Este curso cuenta con una sesión presencial el día 30 de septiembre de 2025 en el Auditorio Kaplan ubicado en el tercer piso del Hospital Antiguo. El horario será enviado a los seleccionados vía correo electrónico.

Se entregará clave de acceso a la Plataforma del SSVQ, una vez confirmada su aceptación al curso, a través de correo electrónico registrado.

### DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONARIO A INSCRIBIR

#### COMPLETAR DE MANERA DIGITAL.

SERVICIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ESTAMIENTO: \_\_\_\_\_ (colocar si es enfermera, paramédico, administrativo, auxiliar u otro)

RUT: \_\_\_\_\_

MAIL PERSONAL (Obligatorio): \_\_\_\_\_

FONO PERSONAL (Obligatorio): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE JEFATURA QUE VALIDA LA INSCRIPCION (Obligatorio): \_\_\_\_\_

FIRMA FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_ FIRMA JEFATURA Y TIMBRE SERVICIO: \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

1.- Una vez confirmada la selección del funcionario/a, si no presenta asistencia y/o conexión a la capacitación con justificación previa por escrito a la Unidad de Capacitación, se aplicarán las medidas administrativas correspondientes. Ya que con la inscripción que suscribe adquiere un compromiso de asistencia y/o conexión y cumplimiento de requisitos de aprobación del curso, como también, la Jefatura compromete facilitar la asistencia y/o conexión del funcionario a la capacitación.

2.- Los formularios deben ser llenados correctamente (DIGITAL) y con todos los datos solicitados, además, de las firmas y timbres correspondientes de la Unidad, el formulario que no cumpla con lo mencionado será considerado como NO VALIDO.

3.- Los formularios serán recepcionados de manera presencial en la Unidad de Capacitación (Ubicada en el segundo piso del Antiguo Hospital).



HOSPITAL  
DR. GUSTAVO FRICKE

De: Sandra Albornoz Vargas <[sandra.albornoz@redsalud.gob.cl](mailto:sandra.albornoz@redsalud.gob.cl)>

Enviado el: martes, 19 de agosto de 2025 9:22

Para: Claudia Benavides Jimenez <[claudia.benavides@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.benavides@redsalud.gob.cl)>

Asunto: CURSO RPC

Estimada junto con saludar, le escribo de parte del Dr. Jaime Monsalve, Referente UPC - Cardiovascular, para solicitar curso de RPC para médicos de la Unidad (18), para dar cumplimiento a las metas de calidad y producción 2025.

Sin otro particular, quedamos atentos,



**Sandra Albornoz Vargas**  
Profesional  
UPC Cardiovascular  
Fono 322 577 589 Anexo: 327589  
Hosp. Dr. Gustavo Fricke  
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota  
[www.hospitalfricke.cl](http://www.hospitalfricke.cl) | [hospitfricke@hospitfricke.cl](mailto:hospitfricke@hospitfricke.cl)



HOSPITAL  
Dr. Gustavo Fricke

Sin otro particular, se despide atentamente,



**Sandra Albornoz Vargas**  
Profesional  
UPC Cardiovascular  
Fono 322 577 589 Anexo: 327569  
Hosp. Dr. Gustavo Fricke  
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota  
[www.hospitalfricke.cl](http://www.hospitalfricke.cl) | [hospitalfricke.cl](http://hospitalfricke.cl)



**De:** Sandra Albornoz Vargas <[sandra.albornoz@redsalud.gob.cl](mailto:sandra.albornoz@redsalud.gob.cl)>  
**Enviado:** jueves, 28 de agosto de 2025 11:06  
**Para:** Claudia Benavides Jimenez <[claudia.benavides@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.benavides@redsalud.gob.cl)>  
**Asunto:** RE: CURSO RPC

Estimada, junto con saludar y en respuesta a mail de arrastre, le envío adjunto la nómina solicitada y en relación a ficha técnica, el referente técnico no supo que completar en algunos datos.

Quedo atenta,



**Sandra Albornoz Vargas**  
Profesional  
UPC Cardiovascular  
Fono 322 577 589 Anexo: 327569  
Hosp. Dr. Gustavo Fricke  
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota  
[www.hospitalfricke.cl](http://www.hospitalfricke.cl) | [hospitalfricke.cl](http://hospitalfricke.cl)



**De:** Claudia Benavides Jimenez <[claudia.benavides@redsalud.gob.cl](mailto:claudia.benavides@redsalud.gob.cl)>  
**Enviado:** martes, 26 de agosto de 2025 15:35  
**Para:** Sandra Albornoz Vargas <[sandra.albornoz@redsalud.gob.cl](mailto:sandra.albornoz@redsalud.gob.cl)>  
**Asunto:** RE: CURSO RPC

Estimada Sandra:

Junto con saludar, solicito me haga envío de antecedentes de los participantes ,adjunto planilla inscripción y ficha técnica del curso la cual deben revisar y completar datos faltantes (en rojo), para evaluar factibilidad de desarrollo del curso

Adjunto planilla a completar

Saludos cordiales

**Claudia Benavides Jiménez.**  
Enfermera Coordinadora.  
Unidad Gestión Riesgo Clínico.  
Hospital Dr. Gustavo Fricke  
Anexo Minsal 327900 Fono +56 32 2577900  
[www.hospitalfricke.cl](http://www.hospitalfricke.cl)



## RE: CURSO RPC

Desde Sandra Albornoz Vargas <sandra.albornoz@redsalud.gob.cl>  
 Fecha Lun 24/11/2025 10:28  
 Para Claudia Benavides Jimenez <claudia.benavides@redsalud.gob.cl>

Muchas gracias por la información.



**Sandra Albornoz Vargas**  
 Profesional  
 UPC Cardiovascular  
 Fono 322 577 589 Anexo: 327599  
 Hosp. Dr. Gustavo Fricke  
 Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota  
[www.hospitalfricke.cl/area-pu/area-estadisticas](http://www.hospitalfricke.cl/area-pu/area-estadisticas)



De: Claudia Benavides Jimenez <claudia.benavides@redsalud.gob.cl>  
 Enviado: lunes, 24 de noviembre de 2025 9:46  
 Para: Sandra Albornoz Vargas <sandra.albornoz@redsalud.gob.cl>  
 Asunto: RE: CURSO RPC

Estimada Sandra:

Buen día actualmente no cuento con instructores para realizar este curso, sin hrs de instructores disponibles es difícil poder generarlo.

Es cuanto puedo informar por ahora

Saludos cordiales

**Claudia Benavides Jiménez.**  
 Enfermera Coordinadora.  
 Unidad Gestión Riesgo Clínico.  
 Hospital Dr. Gustavo Fricke  
 Anexo Minsal 327900 Fono +56 32 2577900  
[www.hospitalfricke.cl](http://www.hospitalfricke.cl)



**HOSPITAL**  
**Dr. GUSTAVO FRICKE**

De: Sandra Albornoz Vargas <sandra.albornoz@redsalud.gob.cl>  
 Enviado el: miércoles, 12 de noviembre de 2025 10:21  
 Para: Claudia Benavides Jimenez <claudia.benavides@redsalud.gob.cl>  
 Asunto: RV: CURSO RPC

Estimada Sra. Claudia, junto con saludar y en relación a mail de arrastre de curso de RCP, aún no tenemos noticias si existirá la factibilidad de realizarlo.

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de Emergencia Adulto**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número dor (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Complimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Objetivo (13)	Evaluación (14)
1	Unidad de Emergencia Adulto	Producción	Usuarios atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalarias.	(Número de usuarios categorizados C2 o ES12 con primera atención médica dentro de los 30 minutos desde la categorización en UEH / Número de usuarios categorizados C2- ES12 en UEH) *100	70%	20%	8367	26272	31,8%	45%	0%	0	No Cumple
12	Unidad de Emergencia Adulto	Calidad	Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	7%	20%	5	70	7,1%	100%	100%	20	Cumple 100%
13	Unidad de Emergencia Adulto	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	60%	20%	11	70	15,7%	26%	0%	0	No Cumple
14	Unidad de Emergencia Adulto	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitado en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de atención Y control de IAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100	70%	40%	47	70	67,1%	95,9%	100%	40	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de Emergencia Adulto y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 60%.



Victor González Valenzuela  
Auditor Hospital Dr. Gustavo Fricke

El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



Dra. Mariana Ruiz Ibáñez  
Jefe Unidad de Emergencia Adulto

**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de Emergencia Infantil**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número de horas (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Cálculo de la fórmula) (10)	Complimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
1	Unidad de Emergencia Infantil	Producción	Usuarios categorizados C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalarias.	(Número de usuarios categorizados C2-ESI2 con primera atención médica dentro de los 30 minutos desde la categorización en UEH / Número de usuarios categorizados C2-ESI2 en UEH)	70%	10%	7839	11450	68,2%	97%	100%	10	Cumple 100%
12	Unidad de Emergencia Infantil	Calidad	Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes	(Nº de funcionarios/as capacitados/as en al menos una temática transversal relevante en el año t / Nº total de funcionarios/as del establecimiento de salud en el año t) *100	7%	10%	6	51	11,8%	100%	100%	10	Cumple 100%
13	Unidad de Emergencia Infantil	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	60%	40%	19	42	45,2%	75%	75%	30	No Cumple
14	Unidad de Emergencia Infantil	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100	70%	40%	36	53	70,6%	100%	100%	40	Cumple 100%

Observaciones: (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de Emergencia Infantil, y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 90%.



Dr. Osvaldo Becerra Parada  
Jefe Unidad de Emergencia Infantil



El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.



**INFORME TIPO DE RESULTADO (1)**  
**Unidad de Medicina**

Nº Indicador (1)	Unidad (2)	Tipo de Indicador (3)	Nombre del Indicador (4)	Fórmula (5)	Meta (6)	Ponderación (7)	Número de (8)	Denominador (9)	Resultado Informado (Calculo de la fórmula) (10)	Complimiento de la Meta valor nominal (11)	Resultado c/criterio art. 8 (12)	Ponderador Obtenido (13)	Evaluación (14)
9	Unidad de Medicina	Calidad	Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales.	Nº de pacientes con Catéter urinario permanente que cumplen con los criterios de indicación médica de acuerdo con las directrices institucionales locales / Total de pacientes con catéter urinario permanente.	85%	20%	5	40	12,5%	15%	0%	0	No Cumple
11	Unidad de Medicina	Calidad	Personal de salud con atención clínica directa capacitados en terapias asociadas a temas clínicos relevantes	(Nº de funcionarios de atención clínica directa capacitadas en al menos una terapéutica clínica relevante en el año / Nº total de funcionarios de atención clínica directa en el año) *100	7%	20,0%	1	8	12,5%	100%	100%	20	Cumple 100%
13	Unidad de Medicina	Calidad	Personal de Salud de atención clínica directa con capacitación actualizada en reanimación cardiopulmonar.	(Número de personal de salud de atención clínica directa con capacitación actualizada reanimación cardiopulmonar / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100.	60%	30,0%	3	8	37,5%	63%	0%	0	No Cumple
14	Unidad de Medicina	Calidad	Cobertura de personal de salud con atención clínica directa capacitados en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud	(Nº de personal de salud con atención clínica directa con curso de prevención y control de IAS aprobado con antigüedad menor a 5 años / Número total de personal de salud con atención clínica directa) *100	70%	30,0%	6	8	75%	100%	100%	30	Cumple 100%

**Observaciones:** (si procede)

En cuanto a los resultados aportados por la Unidad de Medicina y a los medios de verificación revisados por este Auditor, el cumplimiento de las metas es de un 50%.



El Auditor certifica tener a la vista los medios de verificación que dan cuenta de los resultados informados en el presente reporte.