Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

HOSPITAL CURICÓ

Planificación Estratégica 2018 - 2022

CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD

ACREDITADO

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

25 de mayo de 2016
El Hospital de Curicó recibe de la Superintendencia de Salud el certificado de Acreditación Institucional, alcanzando el séptimo mejor porcentaje de cumplimiento entre los hospitales públicos acreditados a esa fecha.

EQUIPO COORDINADOR
Subdirección de Gestión de la Información.
Departamento de Planificación y Control de Gestión Hospitalaria.

PARTICIPANTES
Consejo Consultivo de Usuarios.
Dirección del Hospital de Curicó.
Jefes de Servicios y Unidades.
Funcionarios del Hospital de Curicó.
Gremios de la Salud.
Representantes de la Red de Salud Provincial.
Centros Formadores.

DISEÑO
Departamento de Comunicaciones y Satisfacción Usuaria.

EDICIÓN
Hospital de Curicó, Diciembre de 2017.

Dirección: Chacabuco 121 / Teléfono: 75 - 2565900 / www.hospitalcurico.cl

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES DE LA RED ASISTENCIAL 7
1.1. Modelo de Atención de Salud 7
1.2. Lineamientos Estratégicos Servicio de Salud Maule 2016-2018 9

2. PERFIL DEL USUARIO 10
2.1. Caracterización Demográfica 10
2.2. Antecedentes de Salud de la Población 12

3. PRESENTACIÓN HOSPITAL DE CURICÓ 17
3.1. Reseña de la Organización 17
3.2. Ubicación y Distribución de la Planta Física 18
3.3. Estructura Organizacional 19
3.4. Cartera de Servicios 20
3.5. Indicadores de Producción Hospital de Curicó 22
3.6. Ejecución de la Normalización del Hospital de Curicó 26

4. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA 27

5. DEFINICIÓN DE ELEMENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DE CURICÓ 29
5.1. Visión 29
5.2. Misión 29
5.3. Valores 29
5.4. Políticas Institucionales 30
5.5. Objetivos Generales por Subdirección 32

6. ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO 33
6.1. Análisis PESTEL 33
6.2. Análisis FODA 34

7. DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 35
7.1. Lineamientos Estratégicos 35
7.2. Planes de Acción 36
7.3. Objetivos Estratégicos 39
7.4. Mapa Estratégico 41

8. CUADRO DE MANDO INTEGRAL 43
8.1. Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo 43
8.2. Perspectiva de Procesos Internos 44
8.3. Perspectiva Financiera 46
8.4. Perspectiva Usuaria 47

9. PLAN OPERATIVO: TAREAS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL 49
9.1 Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo 49
9.2. Perspectiva de Procesos Internos 67
9.3. Perspectiva Financiera 81
9.4. Perspectiva Usuaria 85

RESUMEN EJECUTIVO

En su condición de institución Acreditada por la Superintendencia de Salud, el Hospital de Curicó se propuso elaborar su Planificación Estratégica para el periodo 2018-2022. De esta forma, luego de un intenso trabajo, se definieron las tareas que permitirán al establecimiento satisfacer las necesidades de salud de la población y, al mismo tiempo, responder a sus legítimas expectativas de buen trato y calidad de la atención.

En primer lugar se entrega una reseña del centro asistencial en sus 154 años de ininterrumpida labor. Mediante una aproximación al Modelo de Salud, caracterización demográfica, revisión de los factores de morbilidad de la población y descripción de algunos indicadores de gestión hospitalaria durante los últimos años, se sitúa al hospital el Curicó en su contexto regional y provincial.

Posteriormente, se describe la metodología Balance Scorecard, con la cual fue elaborada esta planificación. En esta línea el Hospital pasa a declarar sus elementos estratégicos; Visión, Misión, Valores y Políticas Institucionales, elementos que comprometen a todos los funcionarios en su actuar.

Como resultado de un trabajo colaborativo, donde se realizaron sobre 50 reuniones de análisis participativo, involucrando al Equipo Directivo, diferentes Servicios y Unidades del Hospital, representantes de la comunidad agrupados en el Consejo Consultivo de Usuarios, Centros Formadores, Gremios y miembros de la Red de Salud Provincial, se establecieron las Fortalezas (10), Oportunidades (8), Debilidades (16) y Amenazas (9) de la institución (Matriz FODA).

El trabajo anterior dio paso a la definición de los planes de acción, lineamientos y objetivos estratégicos, que llevaron a identificar 105 tareas para el periodo. Todas ellas, declaradas en un Plan Operativo con responsables e indicadores de cumplimiento específicos.

El Plan Estratégico entonces, se transforma en una herramienta de doble propósito. Es la carta de navegación que permitirá a los funcionarios mejorar sus procesos internos y elevar la calidad de la atención. Pero también, es una poderosa guía para enfrentar exitosamente el proceso de cambio hacia el nuevo Hospital, colocando al usuario al centro del modelo de gestión, como razón última de todo el quehacer institucional.

PRESENTACIÓN

Satisfacer las necesidades de salud de las personas no es tarea fácil. La esperanza de vida aumenta y con ello el número de pacientes, poniendo a prueba nuestra capacidad frente a una demanda cada vez mayor. Los factores de riesgo son amplios; dietas poco saludables, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas. A esto le sumamos una mortalidad regional mayor al promedio país, por enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, tumores malignos y traumatismos.

Por otro lado, en medio de los permanentes cambios sociales, el fenómeno migratorio nos invita a compartir con quienes han encontrado en nuestra tierra un buen lugar para vivir. Este escenario, nos exige el desarrollo de estrategias que garanticen una atención de salud inclusiva y con igualdad de trato para todas las personas, más allá de las diferencias culturales e idiomáticas presentes.

Así, nuestra tarea se hace ineludible e imperiosa. Las personas requieren atención oportuna y de calidad, pero también piden un buen trato y dignidad en dicho proceso. En medio de esta exigencia, aparecen las virtudes de nuestros funcionarios, quienes han demostrado su capacidad de superación, adaptación y crecimiento en los complejos escenarios que la historia les ha puesto por delante. Son las personas el mayor valor de esta organización.

El 25 de mayo de 2016 obtuvimos nuestra Acreditación Institucional. La Superintendencia de Salud nos evaluó con un 93,4% de cumplimiento en los estándares de calidad y seguridad, uno de los mejores entre los hospitales públicos acreditados a esa fecha. Este 2017, obtuvimos el 6° lugar entre los 57 recintos auto-gestionados del país, según la evaluación del Ministerio de Salud, que mide los indicadores de sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y excelencia en la atención.

A los buenos resultados de gestión, que debemos mantener en el tiempo, le sumamos la enorme tarea de preparar el proceso de cambio y puesta en marcha de lo que será una nueva infraestructura, cinco veces más grande que el actual edificio.

Como una hoja de ruta que ayude a nuestros funcionarios en este objetivo, esta institución ha definido su Planificación Estratégica para los años 2018-2022. Se trata de una construcción participativa, que recogió las percepciones de los representantes de los usuarios agrupados en el Consejo Consultivo de Usuarios, de los diferentes Servicios y Unidades del Hospital, los Centros Formadores, Gremios y miembros de la Red de Salud Provincial, recolectando valiosa información en distintas sesiones prácticas de trabajo mancomunado.

Bajo la metodología de Balance Scorecard o Cuadro de Mando integral, se ha logrado llegar a los lineamientos y objetivos estratégicos de la institución, que entregan herramientas que le permitirán a este Hospital optimizar el uso de sus recursos humanos y financieros, mejorar los procesos de gestión asistencial y potenciar nuestros valores, habilidades y talentos. Lo anterior, con una perspectiva que pone la satisfacción usuaria como el propósito original y transversal de nuestra actividad.

DR. JORGE IVÁN CANTEROS GATICA
Director Hospital de Curicó

29 de septiembre de 2016
Hospital de Curicó realiza su primera Cirugía de Escoliosis, encabezada por el Dr. Antonio Sánchez.

1. ANTECEDENTES DE LA RED ASISTENCIAL

1.1. Modelo de Atención de Salud[1]

Desde el año 2004 el Ministerio de Salud se encuentra en una etapa de implementación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que busca dar respuesta a las necesidades de salud que surgen de la realidad sociodemográfica y epidemiológica de la población.

El modelo pone especial énfasis en la familia y la comunidad con una visión integral de las personas. A partir de esto, se instala el Modelo de Gestión de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que incorpora a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de su población. Requiere que los equipos de salud desarrollen formas de pensar y de actuar estratégicas en sus procesos de cambios, introduciendo conceptos contemporáneos para comprender y mejorar la prestación de servicios, lo que implica cambios en la cultura organizacional de los establecimientos de salud.

La Promoción y Prevención en salud son los conceptos prioritarios en este modelo, que está orientado principalmente a la Atención Primaria en Salud. La calidad, satisfacción usuaria, y ambulatorización de la atención son los ejes que orientan el quehacer asistencial, que en su conjunto implican nuevos desafíos para los equipos de salud de la red, para dar respuesta a las demandas de la población.

El Hospital de Curicó, depende jerárquicamente y forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Maule y, a través de éste, a la Macro Red Centro Sur, integrada en conjunto con el Servicio de Salud O'Higgins. A su vez, la Macro Red Centro Sur pertenece y depende del Ministerio de Salud.

Salud Integral Familiar y Comunitaria[2]

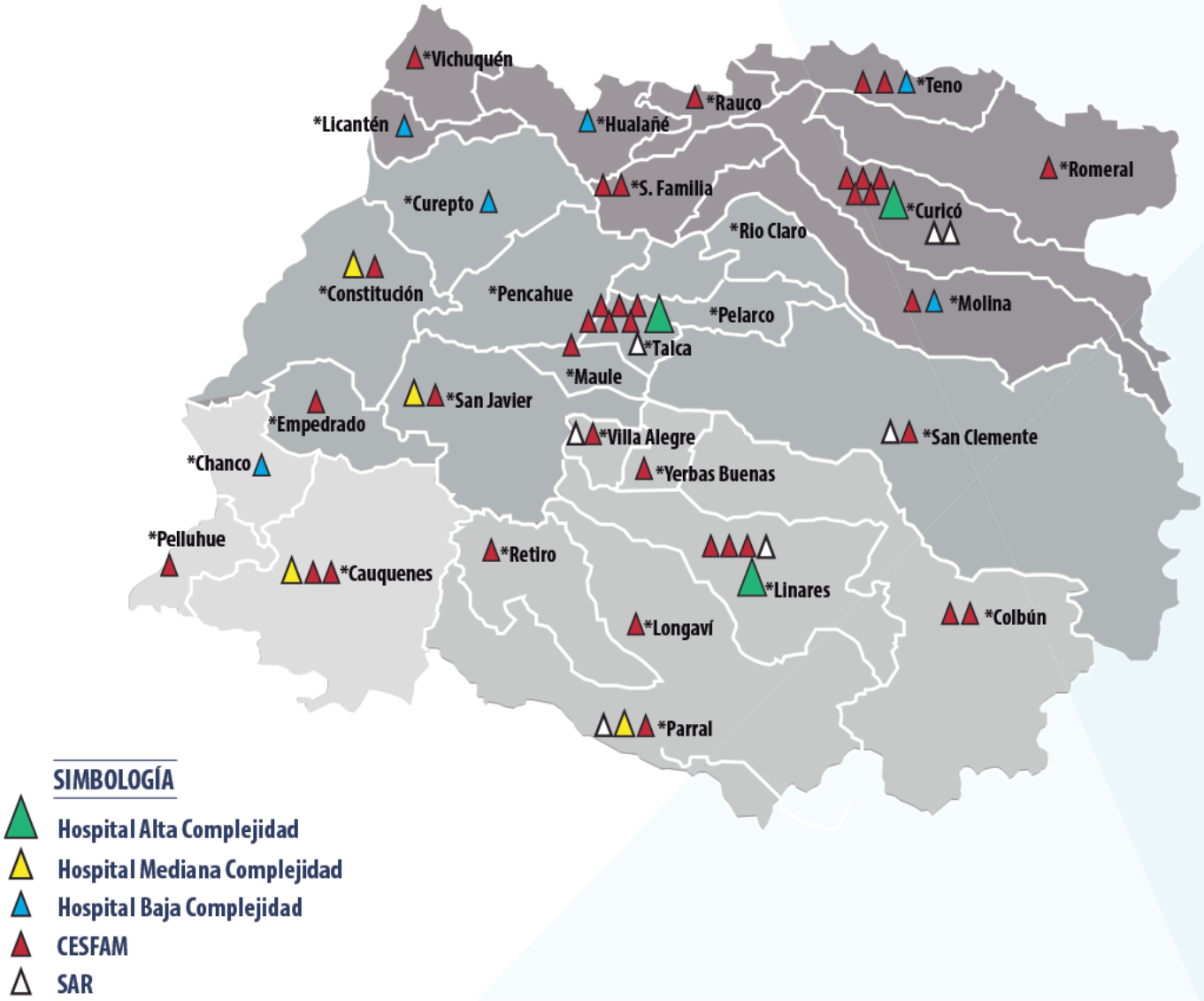
El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permiten satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación,vivienda, recreación, entre otros.

[1] Plan Estratégico 2011-2015, Hospital de Curicó

[2] http://web.minsal.cl BASES-CONCEPTUALES

Centros de Atención de Salud Región del Maule 2017



1.2. Lineamientos Estratégicos Servicio de Salud Maule 2016-2018

Siendo el hospital de Curicó una organización dependiente del Servicio de Salud Maule y éste a su vez del Ministerio de Salud, las definiciones estratégicas planteadas, deben representar y alinearse con las Declaraciones Estratégicas del Servicio de Salud Regional.

Visión

"Salud de Calidad para todas las Personas en la Región del Maule".

Misión

"Somos una red asistencial formada por equipos comprometidos, que trabaja oportunamente para promover la salud, prevenir la enfermedad y resolver las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, con calidad, equidad y pertinencia sociocultural".

Líneas Estratégicas

1. Asegurar la Sustentabilidad de la Red Asistencial.
2. Eficiencia Operacional.
3. Garantizar Gestión Asistencial de Excelencia.

2. PERFIL DEL USUARIO

2.1. Caracterización Demográfica

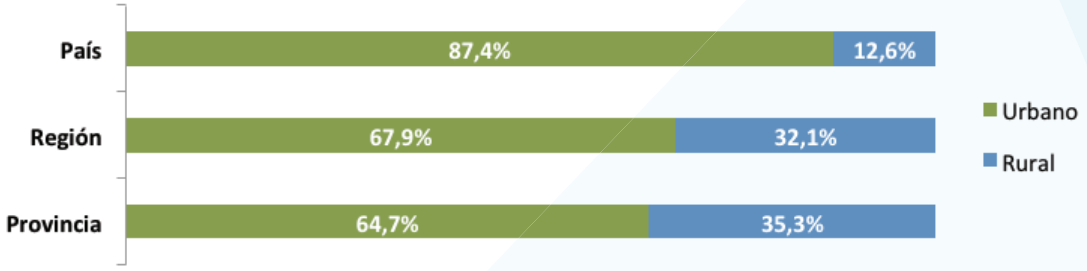
La Provincia de Curicó tiene una extensión geográfica de 7.487 KM2, cuenta con una población de 288.880 habitantes[3] , distribuidos en las comunas de Curicó, Rauco, Romeral, Teno, Vichuquén, Licantén, Hualañé, Molina y Sagrada Familia.

TERRITORIO	POBLACIÓN 2017
PAÍS	17.574.003
REGIÓN DEL MAULE	1.044.950
PROVINCIA DE CURICÓ	288.880
Curicó	149.136
Hualañé	9.657
Licantén	6.653
Molina	45.976
Rauco	10.484
Romeral	15.187
Sagrada Familia	18.544
Teno	28.921
Vichuquén	4.322

Tabla 1: Población por Comuna[4]

Población Rural Región del Maule 2015[5]

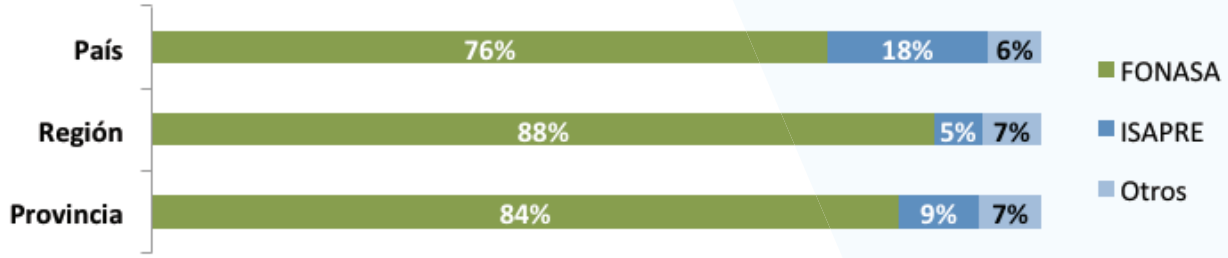
Nuestra provincia presenta un porcentaje de población rural 3 veces mayor al promedio país, con un 35,3%. En este escenario, con una alta población distribuida en localidades costeras, de precordillera y cordillera, es relevante una óptima coordinación de la red de salud, que garantice la igualdad de oportunidad y acceso a una atención de salud.



[3-4]Fuente: INE, Proyección actualizada, http://www.ine.cl

[5]Fuente: Anuario Estadístico 2015, SSMaule

Previsión de Salud Población Región del Maule[6]



La provincia de Curicó presenta un porcentaje de usuarios de Fonasa mayor al promedio país, lo que refleja la importancia de la red de atención pública y del hospital de Curicó.

Pirámide Poblacional (Distribución por Edad y Sexo)

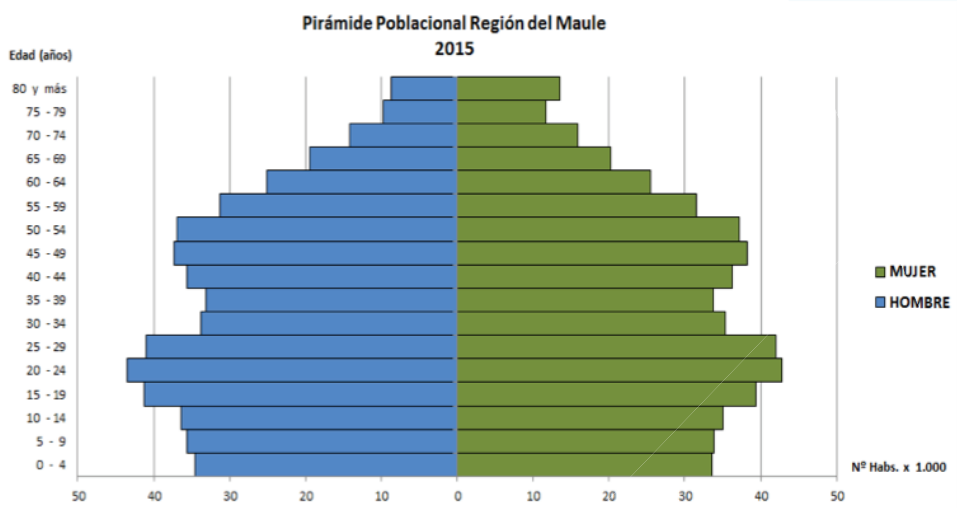


Gráfico 3: Pirámide Poblacional País 2015[7]

La gráfica anterior muestra la distribución etaria según género en la región al año 2015. En esta gráfica se puede apreciar que las personas entre 44 y 64 años y entre 15 y 29 años son los grupos con mayor número de habitantes. El primero de estos grupos (44-64) es de alta relevancia para nuestra institución, pues a medida que aumente su edad, se incrementará la demanda y complejidad de prestaciones solicitadas a nuestro establecimiento. En tanto para el segundo grupo (15-29), las preocupaciones están puestas en el desarrollo de programas de prevención y autocuidado en salud, con el fin de prevenir el desarrollo futuro de diversas patologías, considerando con mayor énfasis temáticas como alimentación, prevención de ITS y control de embarazo juvenil.

[6]Diagnósticos Regionales en Salud con Enfoques en Determinantes Sociales 2016, Ficha Regional: Maule.

[7]Fuente: Anuario Estadístico 2015, SSMaule

2.2. Antecedentes de Salud de la Población

Tasa de Natalidad según lugar de residencia de la madre

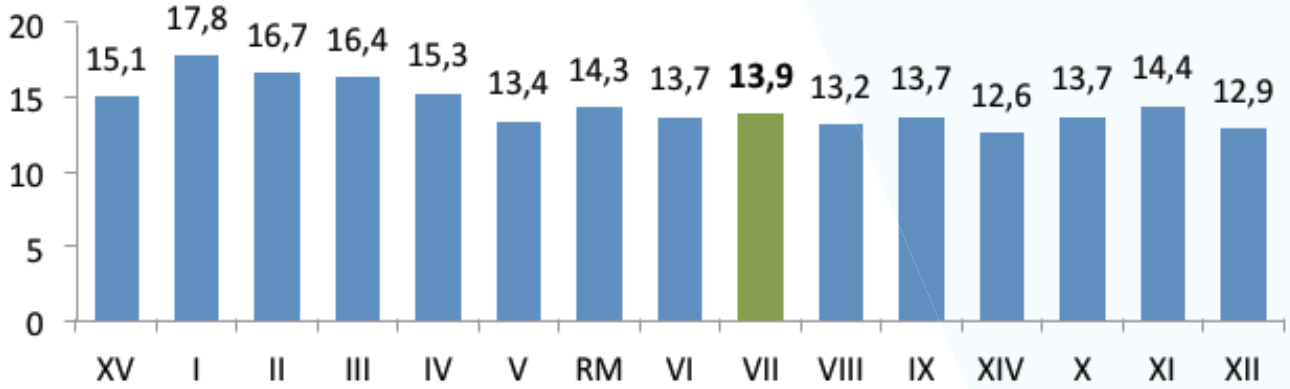


Gráfico 4: Nacidos vivos por cada 1000 habitantes observados según lugar de residencia habitual de la madre Fuente INE 2014.

La Tasa de natalidad del país el año 2014 fue de 13,97 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, según el lugar de residencia de la madre, por tanto si contrastamos este valor con la tasa representativa de la Región del Maule (13,9 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes), veremos que nuestra región posee un comportamiento de la natalidad similar al promedio país.

Esperanza de Vida

AÑO	PAÍS		REGIÓN DEL MAULE	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
1990	71,45	77,35	68,06	74,43
2000	74,80	80,80	72,79	78,94
2010	76,12	82,20	74,13	80,64
2015	76,68	82,81	75,99	80,92

Tabla 2: Esperanza de Vida en años al nacer 1990-2015[8]

Observamos un aumento de la Esperanza de vida regional, que desde los años 90 ha subido en más de 6 años, tanto en hombre como mujeres. Asimismo, los hombres siguen presentando una esperanza de vida muy menor a la de las mujeres, estando 5 años por debajo. Todo lo anterior generará en los próximos años un aumento de la demanda por atenciones hospitalarias, poniendo por delante un tremendo desafio al sector Salud.

[8]Tabla construida en base a la información disponible en el sitio web: http://deis.minsal.cl

Indicador AVPP Provincia de Curicó

En la siguiente tabla se entrega el indicador AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos), el cual muestra los años de vida que una persona pierde a causa de morir antes de las expectativas de vida.

La totalidad de comunas de la provincia a excepción de Sagrada Familia, posee un AVPP superior a la media nacional. Por tanto en la provincia de Curicó se pierden más años de vida que en el resto del país y la gente fallece a una menor edad. Esta información permite poner el énfasis en elementos como la prevención y la educación en salud, estrategia que debería incidir en la disminución futura de patologías de gran prevalencia que hoy afectan a la población, como la Diabetes e Hipertensión.

TERRITORIO / COMUNA	DEFUNCIONES	AVPP
PAÍS	101.960	71,2
REGIÓN	6.194	74,1
PROVINCIA DE CURICÓ	1.714	79,4
Curicó	846	75,6
Hualañé	54	76
Licantén	47	82
Molina	331	95
Rauco	64	95,9
Romeral	79	88,7
Sagrada Familia	106	60,7
Teno	163	76,7
Vichuquén	24	84,3

Tabla 3: Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por Comuna año 2014[9]

Tasas de Mortalidad Infantil Provincia de Curicó

En mortalidad perinatal, que corresponde a la mortalidad de recién nacidos hasta los 7 días de vida, posee resultados inferiores a la media nacional. Respecto a la mortalidad infantil de la provincia, ésta es superior a la media nacional, lo que nos obliga a seguir poniendo los esfuerzos en la atención infantil.

TERRITORIO / COMUNA	MORTALIDAD PERINATAL (x 1.000 Hab.)	MORTALIDAD INFANTIL (x 1.000 Hab.)
PAÍS	9,1	11,3
REGIÓN	10,4	13,5
PROVINCIA DE CURICÓ	8,4	13,1
Curicó	8,2	11,4
Hualañé	9,8	39,2
Licantén	16,4	32,8
Molina	6,2	7,9
Rauco	9,1	27,3
Romeral	10,3	31,0
Sagrada Familia	8,8	0,0
Teno	8,6	11,6
Vichuquén	25,6	51,2

Tabla 4: Tasas de Mortalidad Perinatal e Infantil al 2014[10]

[9]Fuente: CENSO 2016

[10]Fuente: DEIS (Tasas por 1.000 Habitantes) www.deis.cl

Mortalidad General e Índice de Swaroop Provincia de Curicó 2014
(Defunciones sobre los 50 años respecto al total de defunciones)

	MORTALIDAD GENERAL		MORTALIDAD ADULTOS	MORTALIDAD ADULTOS MAYORES	ÍNDICE DE SWAROOP
TERRITORIO / COMUNA	DEFUNCIONES	TASA (x 1.000 Hab.)	20 - 64 AÑOS	65 Y MÁS AÑOS	TOTAL
CHILE	101.960	5,7	56,3	131,8	77,9%
REGIÓN DEL MAULE	6.194	6,0	55,6	136,0	78,8%
PROVINCIA DE CURICÓ	1.714	6,1	61,2	143,1	76,5%
Curicó	846	5,9	60,0	156,0	78,1%
Hualañé	54	5,3	51,9	80,5	68,5%
Licantén	47	6,5	70,9	98,6	74,5%
Molina	331	7,9	75,2	165,6	77,3%
Rauco	64	6,4	74,3	103,2	70,3%
Romeral	79	5,3	43,9	154,2	69,6%
Sagrada Familia	106	5,4	42,9	127,9	80,2%
Teno	163	5,7	63,9	142,2	74,8%
Vichuquén	24	4,7	59,0	75,5	66,7%

Tabla 5: Índice de Swaroop año 2014 y Tasas de Mortalidad[11]

La tasa de Mortalidad General está sobre la tasa país y levemente sobre la tasa regional, con una dispersión en las diferentes comunas, que va de un 4,7 en la comuna de Vichuquén a un 7,9 en la comuna de Molina.

El índice de Swaroop, que muestra los fallecidos a los 50 años o más, del total de fallecidos a nivel de la provincia de Curicó, está bajo los valores regionales y nacionales, con una dispersión que va de un 66,7% en la comuna de Vichuquén a un 80,2% en la comuna de Sagrada Familia.

Mortalidad por Grupos de Causas Región del Maule 2014

	DEFUNCIONES			TASA (x 100.000 Hab.)
GRAN GRUPO DE CAUSAS DE MUERTE Y SEXO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Todas las causas	3.399	2.792	6.194	598
Enfermedades del sistema circulatorio	934	821	1.755	169
Tumores (neoplasias)	841	748	1.589	153
Enfermedades del sistema respiratorio	366	339	705 6	8
Causa Externa de mortalidad	416	109	525 5	1
Enfermedades del sistema digestivo	268	163	431 4	2

Tabla 6: Principales Causas de Muerte en la Región del Maule (2014)[12]

[11-12] Fuente: DEIS (Tasas por 1.000 Habitantes), http://www.deis.cl

Se observa que a nivel regional la primera causa de muerte está dada por enfermedades del sistema circulatorio, seguido por las neoplasias. Las causas por muerte son similares en ambos sexos, sin embargo en los hombres se observa un mayor número de defunciones en comparación a las mujeres, en todas las causas. En relación a lo anterior, la diferencia más elevada es en la Causa Externa de Mortalidad, donde las defunciones de hombres casi cuadruplican a las mujeres.

Principales Factores de Riesgo en la Región del Maule 2016

INDICADOR	PAÍS	REGIÓN
SOBREPESO	39,3%	38,7%
COLESTEROL ELEVADO	38,7%	33,3%
OBESIDAD	25,1%	27,9%
HIPERTENSIÓN	26,6%	24,9%
RCV MUY ALTO Y ALTO	15,1%	11,8%
SOSPECHA DE DIABETES [13]	9,5%	9,9%

Tabla 7: Indicadores de Morbilidad – Enfermedades no Transmisibles[14]

En esta tabla se muestran los factores de riesgo regional en comparación con el país. Destaca la malnutrición por exceso, con un 38,7% de sobrepeso y un 27,9% de obesidad. Estos factores de riesgo, se relacionan en su mayoría a estilos de vida y conllevan un riesgo cardiovascular (RCV) alto o muy alto, el que se mide en un 11,8%.

[13]Sospecha porque se realiza en base a examen que no puede determinar diabetes.

[14]Diagnósticos Regionales en Salud con Enfoques en Determinantes Sociales 2016, Ficha Regional: Maule.

La fundación del Hospital de Curicó, se remonta a la segunda mitad del siglo XIX por iniciativa del Gobernador de la época, Don Timoteo González. Se ubicó en una vieja casa donada por Don Francisco Javier Muñoz, iniciando sus funciones el 13 de Noviembre de 1863.

3. PRESENTACIÓN HOSPITAL DE CURICÓ

3.1. Reseña de la Organización

La fundación del Hospital de Curicó, se remonta a la segunda mitad del siglo XIX por iniciativa del Gobernador de la época, Don Timoteo González. Se ubicó en una vieja casa donada por Don Francisco Javier Muñoz, iniciando sus funciones el 13 de Noviembre de 1863. En el mismo año, se traslada a su ubicación actual. Esto fue posible, gracias a la generosa donación de la Señora Carmen Albano de Correa quien gentilmente cedió el terreno.

Durante ese mismo año se nombró como Hospital San Juan de Dios. La escasa subvención municipal dio paso a que las Hermanas de la Caridad se encargaran del recinto. Originalmente la atención de pacientes era muy modesta, pero con el tiempo se fueron construyendo nuevos pabellones y agregando nuevas reparticiones.

En el año 1971, un voraz incendio afectó gran parte de las construcciones originales, construyéndose un nuevo edificio de cinco pisos, que fue ocupado desde el año 1973 a 2010. Durante este periodo el centro asistencial experimentó notables avances, entre los que se pueden mencionar: la puesta en marcha del Centro de Referencia de Salud (CRS) y una avanzada Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La estructura principal fue severamente dañada por los efectos del terremoto del 27 de febrero de 2010, debiendo ser demolido en su totalidad..

La planta física que subsana las consecuencias del terremoto, está compuesta por módulos de construcción acelerada, dependencias del Centro de Referencia de Salud (CRS), dos módulos de emergencia, conteiner y el arriendo de inmuebles.

En octubre de 2014 se inicia el funcionamiento del nuevo Centro Referencial de Salud, en dependencias de calle Carmen con Villota, el que atiende principalmente consultas ambulatorias. Esta medida ha permitido sumar 36 nuevos box de consultas y 3 pabellones quirúrgicos.

En Julio de 2015 se inició el proceso de licitación de las nuevas instalaciones del Hospital de Curicó, iniciándose su construcción el 10 de septiembre de 2016. El nuevo hospital será 5 veces más grande que el actual con cerca de 110.000 metros cuadrados construidos. Se ubicará en el acceso norte de la ciudad y tendrá 400 camas, 2 niveles subterráneos y 7 pisos de altura. Se proyecta su entrega según cronograma para el 9 de septiembre del año 2020.

El 25 de mayo de 2016 el Hospital obtiene su Acreditación Institucional, con un 93,4% de cumplimiento de sus estándares de calidad y seguridad de los procesos clínicos y administrativos, siendo uno de los mejores resultados entre los hospitales públicos acreditados a esa fecha. La resolución de la Superintendencia de Salud es histórica y contundente: "Inscríbase al prestador institucional Hospital San Juan de Dios de Curicó en el Registro Público de prestadores institucionales de salud acreditados".

Entre las medidas adoptadas durante los últimos 2 años para garantizar la atención de salud en la espera del nuevo edificio, destaca la inauguración de las nuevas instalaciones de los servicios de Anatomía Patológica y Esterilización. Por otra parte, se habilitaron 21 nuevas camas que forman el servicio de Traumatología para hospitalizados, aumentando en consecuencia a 285 la dotación de camas del Hospital. Además, se suma una serie de remodelaciones a recintos, que han permitido acoger de mejor forma a nuestros usuarios y han mejorado el entorno laboral de los funcionarios.

3.2. Ubicación y Distribución de la Planta Física

El Hospital de Curicó posee 24.000 metros cuadrados y su estructura principal se ubica entre las calles San Martín, Chacabuco, Buen Pastor y Membrillar. Por su parte, la atención ambulatoria se encuentra a 2 cuadras de este edificio, en calle Villota, entre Carmen y Yungay, en el radio céntrico de la ciudad.

Adicionalmente el Hospital cuenta con dependencias del servicio de Psiquiatría y Salud Mental, las cuales están en edificios anexos al de calle San Martín. Por una parte, ubicado en calle Merino Jarpa, entre Manso de Velasco y Chacabuco, se encuentra el Hospital de Día. Por otro lado, camino a Sarmiento en Sector Los Guindos, se ubica el Programa Residencial de Rehabilitación de Alcohol y Drogas. Finalmente, en la esquina de calle Villota con Chacabuco el edificio de 3 pisos de Contabilidad.

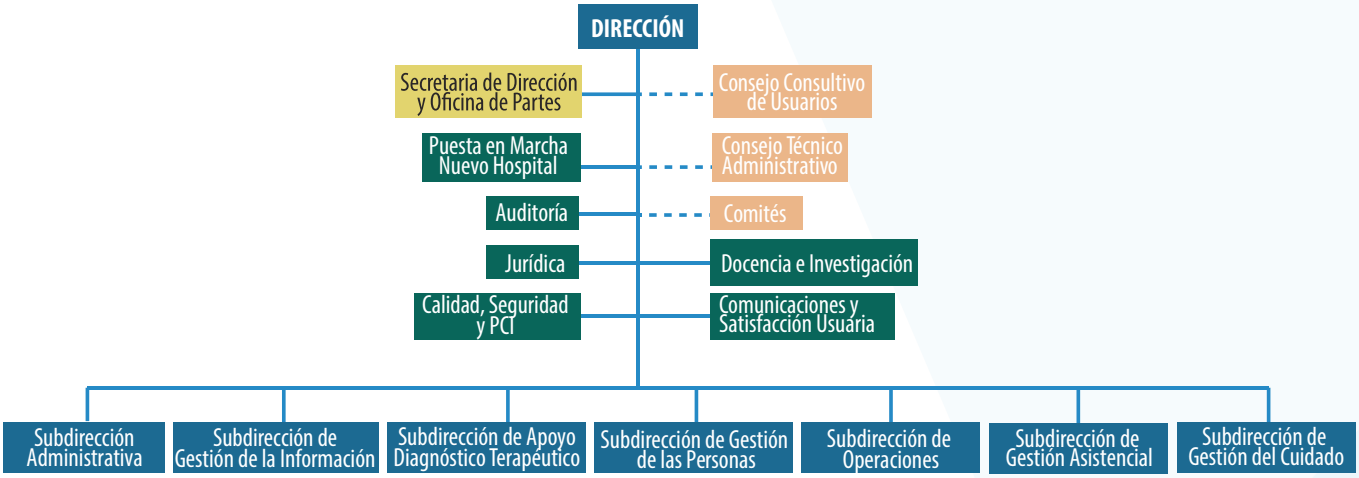
Respecto a la planta física principal, el edificio de calle San Martín tiene 3 pisos y 1 zócalo, albergan a la Dirección del establecimiento, unidades administrativas, algunas consultas ambulatorias y a los servicios de Pensionado, Traumatología, Pabellón Central, Imagenología, Laboratorio, Pediatría, Unidad de Paciente Crítico y Neonatología.

Por el acceso de Chacabuco se encuentra el Hospital de Construcción Acelerada de 3 pisos (HCA), donde se ubica la Unidad de Emergencias, Medicina, Cirugía y Agudos. Por calle San Martín con esquina Chacabuco se emplaza el Módulo de 100 camas, con los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pabellón Modular. Por Membrillar se encuentra el Módulo de Amigos de Curicó (MAC), con unidades administrativas y de apoyo clínico como Unidad de Medicina Transfusional y Farmacia de hospitalizados.

También en la planta principal ubicamos los servicios de apoyo de Esterilización, Anatomía Patológica, y los servicios industriales de Alimentación, Lavandería y Bodegas. Finalmente, el Centro Referencial de Salud de Villota concentra casi la totalidad de la atención ambulatoria, con más de 30 box de atención y 3 pabellones.

Plano de ubicación Hospital de Curicó

3.3. Estructura Organizacional



Disponibilidad del Recurso Humano por Año

ESTAMENTO	PERSONAL DISPONIBLE Y PERMANENTE				
	2013	2014	2015	2016	2017
MÉDICOS	160	163	169	179	191
QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	4	6	6	6	7
ODONTÓLOGOS	14	14	14	15	15
ENFERMERA	81	91	102	107	130
KINESIÓLOGO	12	15	16	18	19
TECNÓLOGO MÉDICO	26	28	29	37	40
MATRONA	43	44	44	44	45
OTROS PROFESIONALES CLÍNICOS	26	28	40	34	35
OTROS PROFESIONALES NO CLÍNICOS	50	55	58	73	74
TÉCNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA	391	423	454	471	478
OTROS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y AUXILIARES	273	277	275	296	293
TOTAL	1080	1144	1207	1280	1327

Tabla 7: Evolución Disponibilidad del Recurso Humano 2013-2017

La disponibilidad del recurso humano en el establecimiento presenta un crecimiento del 22,9% del 2013 al 2017. En el estamento médico este incremento representa un 19,3%. En el ámbito de gestión del cuidado, el estamento de enfermería aumenta en un 60% y los Técnicos de Nivel Superior de Enfermería aumentaron en un 22,2%. También presentan un incremento importante, 50% o más, los profesionales Químicos Farmacéuticos, Tecnólogos Médicos y Kinesiólogos.

3.4. Cartera de Servicios

Identifica los productos y servicios que entrega el establecimiento para dar respuesta a la demanda de los usuarios. Es el resultado de las distintas líneas de producción y/o productos que posee la institución. A continuación se describe un resumen de la cartera de servicios, que puede ser consultada en detalle en la institución.

Área Infanto Juvenil	Área Médica Adulto- Mayor	Área Quirúrgica Adulto- Mayor
Pediatría Cardiología Broncopulmonar Gastroenterología Infectología Neurología Pediátrica Psiquiatría Pediátrica Cirugía Pediátrica	Medicina Interna Cardiología Endocrinología Gastroenterología Broncopulmonar Nefrología Neurología Psiquiatría	Cirugía Digestiva Coloproctológica Bariátrica Plástica Vascular Periférica Neurocirugía
Área Médico Qurúrgica Iniferenciado	**Especialidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico**	**Especialidades y Subespecialidades Odontológicas**
Ginecología y Obstetricia Traumatología Anestesiología Oftalmología Otorrinolaringología Urología Dermatología Medicina Familiar	Imagenología Anatomía Patológica Laboratorio Clínico Unidad de Medicina Transfusional Medicina Física y Rehabilitación	Endodoncia Periodoncia Ortodoncia Rehabilitación Oral Cirugía Oral y Máxilo Facial Radiología Odontopediatría

De acuerdo a la Modalidad de Atención:

Modalidad de Atención	Actividades	Área
Atención de Urgencia	Consulta Médica Procedimientos Diagnóstico - Terapéuticos Intervenciones Quirúrgicas	Obstetricia – Ginecología Infanto – Juvenil Adulto – Adulto Mayor Quirúrgica Traumatológica
Atención Ambulatoria	Consultas Médicas Intervenciones Quirúrgicas Procedimientos Diagnóstico Terapéuticos Consultas y Procedimientos Odontológicos Consultas Profesionales No Médicos	Infanto – Juvenil Adulto – Adulto Mayor Gíneco – Obstétrico
Atención Cerrada	Hospitalización Pacientes Camas Básicas y Cuidados Medios	Médico Quirúrgico Infanto Juvenil Médico Quirúrgico Adulto - Adulto Mayor - Obstétrico
	Hospitalización Unidad Pacientes Críticos	Pacientes Críticos Adulto (Intermedio e Intensivo) Paciente Crítico Neonatológico (Intermedio)
Hospitalización Domiciliaria	Consulta Médica Consulta y Procedimientos Médicos Profesionales No Médicos Actividades Kinésicas Actividad Biopsicosocial	Médico Quirúrgico Infanto Juvenil Médico Quirúrgico Adulto - Adulto Mayor

3.5. Indicadores de Producción Hospital de Curicó

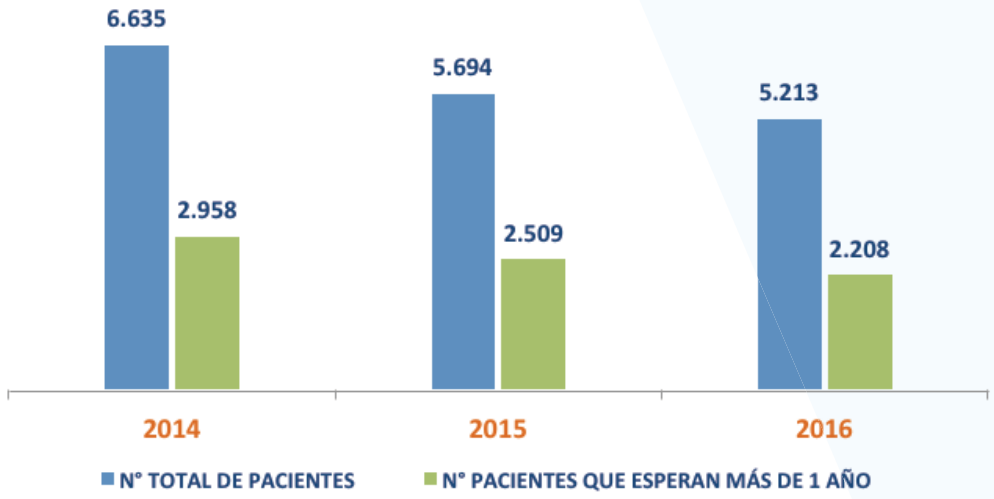
TIPO DE ATENCIÓN	2012	2013	2014	2015	2016
Atención de Urgencia	90.797	89.667	80.758	85.041	78.233
Consultas Ambulatorias de Especialidad	91.451	88.721	95.460	106.095	124.482
Intervenciones Quirúrgicas	11.517	12.454	14.405	15.347	15.051
Egresos Hospitalarios	12.726	13.094	14.149	13.973	13.684
Partos	3.402	3.305	3.564	3.444	3.259
Exámenes de Apoyo Diagnóstico	1.446.897	1.587.402	1.851.019	1.997.712	2.096.887

Tabla 8: Producción Hospital de Curicó

El análisis de los últimos 5 años, de las diferentes líneas de producción muestra una disminución de las Atenciones de Urgencia en un 13,8%, lo que se explica preferentemente por la apertura de los SAR (Servicios de Urgencia de Alta Resolución) de Bombero Garrido y Aguas Negras, los que han absorbido la demanda de aquellos pacientes de menor complejidad (C4 y C5) que antes eran atendidos por el Hospital.

En este mismo periodo los partos han presentado una baja del 4,2%, rango que se encuentra dentro del 5% de variación aceptable para este tipo de análisis. En las otras líneas, exámenes de Apoyo Diagnóstico, Consultas Ambulatorias de Especialidad, Intervenciones Quirúrgicas y Egresos Hospitalarios se observan incrementos del 44,9%, 36,1%, 30,7% y 7,5%, respectivamente.

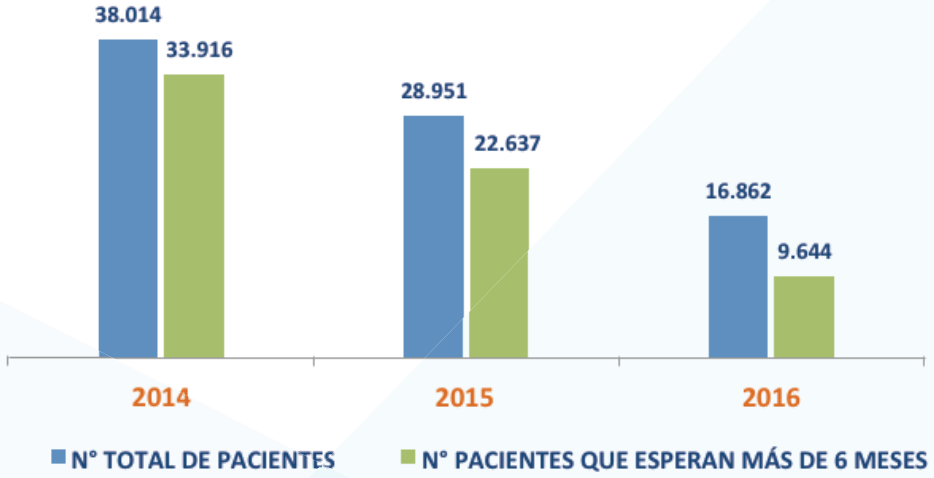
Evolución Anual del total de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica



De la gráfica que muestra el comportamiento de las Listas de Espera Quirúrgica se observa una tendencia a la disminución, la que se expresa con una baja de un 27% del total de pacientes en espera en el período 2014 – 2016.

También se evidencia una tendencia a la disminución del número de pacientes que esperan más de un año, pasando de 2.958 el 2014 a 2.208 el año 2016.

Evolución Anual del total de pacientes de Lista de Espera de Consultas de Especialidad

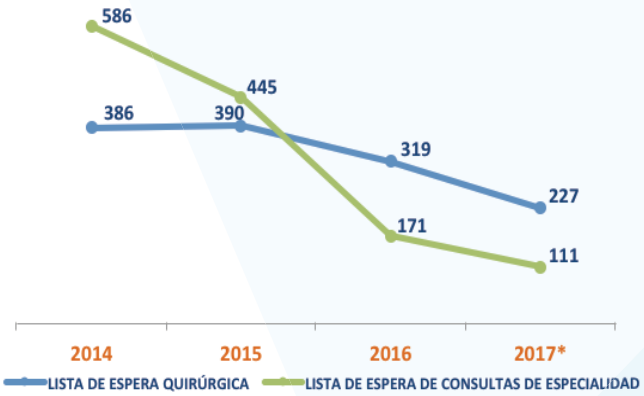


La resolución de las Listas de Espera de Consultas de Especialidad presenta una importante tendencia descendente en el período analizado, con un 66,1% de reducción total de 2014-2016.

Adicionalmente los pacientes que esperan más de 6 meses, muestran una importante disminución, pasando de 33.916 pacientes el año 2014 a 9.644 en el año 2016.

Evolución Anual Medianas de Días de Espera LE Quirúrgica y LE de Consultas de Especialidad

Esta gráfica muestra la evolución de la mediana de días de espera por una consulta de especialidad o que deben ser sometidos a una intervención quirúrgica. La mediana corresponde, en este caso, al número de días que espera el 50% de los pacientes a ser tratados. Se observa una marcada tendencia a la disminución de la mediana de días de espera, de 586 días para Consulta de Especialidad el año 2014, la cifra baja a 111 días en 2017. En el caso de las Intervenciones Quirúrgicas la mediana de días de espera presenta un descenso de 386 días en año 2014 a 227 días en 2017.



*El año 2017 el corte corresponde al mes de Noviembre.

Indicadores de Actividad Hospitalaria

INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA						
INDICADORES	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Promedio de días de estada (Nº de días)	5,4	5,4	5,3	5,4	5,9	6,1
Índice Ocupacional (porcentaje)	80,9%	83,6%	85,2%	85,9%	87,0%	88,5%
Rotación de Camas (Pacientes x Cama / Mes)	4,2	4,3	5,0	4,4	4,4	4,3
Intervalo de Sustitución (Nº de días)	1,4	1,2	0,9	0,9	0,9	0,8
Mortalidad (porcentaje)	2,5%	2,5%	2,5%	2,7%	2,6%	2,5%

Tabla 9: Indicadores de Actividad del Hospital de Curicó[15]

En la serie presentada se observa un incremento de los días de estada, con un aumento del índice ocupacional a un 88,5% del total de camas del establecimiento. El intervalo de sustitución muestra que las camas permanecen 0,8 días desocupadas antes de volver a ser ocupadas y que por cada cama pasan por cada mes en promedio, 4,3 pacientes.

[15]Información al mes de Septiembre 2017

Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD					
INDICADORES	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa de Infección en Tracto Urinario en Pacientes con CUP	4,1	3,7	3,6	6,5	3
Porcentaje de Endometritis Puerperal en Parto Vaginal	0,16%	0,09%	0,65%	0,18%	0,38%
Tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica (UPC)	20,1	15,6	9,4	14,9	7,5
Tasa de Infección Torrente Sanguíneo en pacientes con Catéter Venoso Central	1	0,5	0,4	4,8	2,8
Porcentaje Infección Herida Operatoria en Implante Cadera	1,70%	2 ,70%	6,70%	1,30%	0,00%

Tabla 10: Indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud para el Hospital de Curicó[16]

Las tasas de IAAS, presentan una tendencia descendente en el periodo 2012-2017, excepto en Porcentaje de Endometritis Puerperal en Parto Vaginal.

Complejidad de Pacientes del Hospital de Curicó según Peso GRD

El Peso de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), permite conocer la complejidad de la actividad realizada por el Hospital respecto a otros hospitales similares, tomando como fuente de información la ficha clínica.

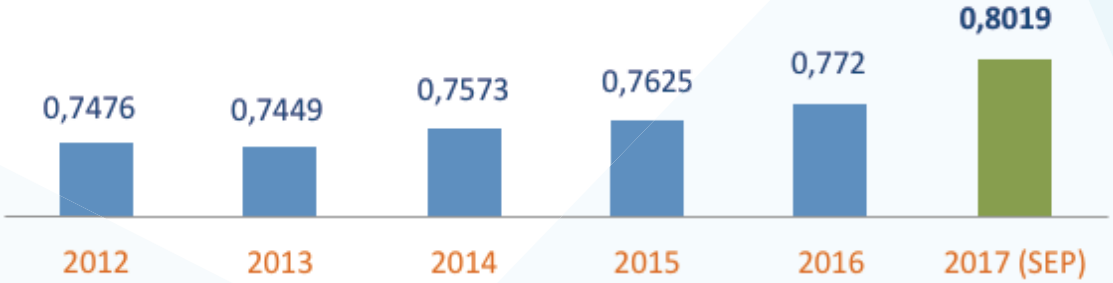


Gráfico 6: Evolución 2012-2017 Análisis Clínico GRD (Grupos Relacionados por el Diagnostico)[17]

[16-17]Fuente: Tablero de Control.

3.6. Ejecución de la Normalización del Hospital de Curicó

El edificio se ubicará en el acceso norte de la ciudad de Curicó, limitando al Este con la carretera 5 Sur, al Norte con calle Juan Fernández, al Oeste con calle Río Elqui y al Sur con Aldeas SOS. Tendrá 109.152 metros cuadrados construidos, cinco veces más que el actual edificio. Contará con 7 pisos de altura y dos niveles subterráneos, y su construcción se presenta en una estructura antisísmica.

Vista desde Calle Juan Fernández con Rio Elqui

Dentro del proyecto se contemplan 35 boxes para consultas de especialidades, 17 boxes para atención de otros profesionales, 27 de procedimientos, ocho consultas de urgencia, 12 pabellones quirúrgicos, cinco salas parto integral, 13 sillones dentales, 400 camas, desglosadas en 154 camas de cuidados básicos, 192 de cuidados medios y 54 críticas.

La empresa encargada de la construcción es Obrascón Huarte Lain (OHL). El plazo de construcción de esta obra es de 1.460 días corridos, iniciados a partir del 10 de septiembre de 2016 y con fecha de término y entrega del nuevo Hospital en condiciones operativas, el 10 de septiembre de 2020.

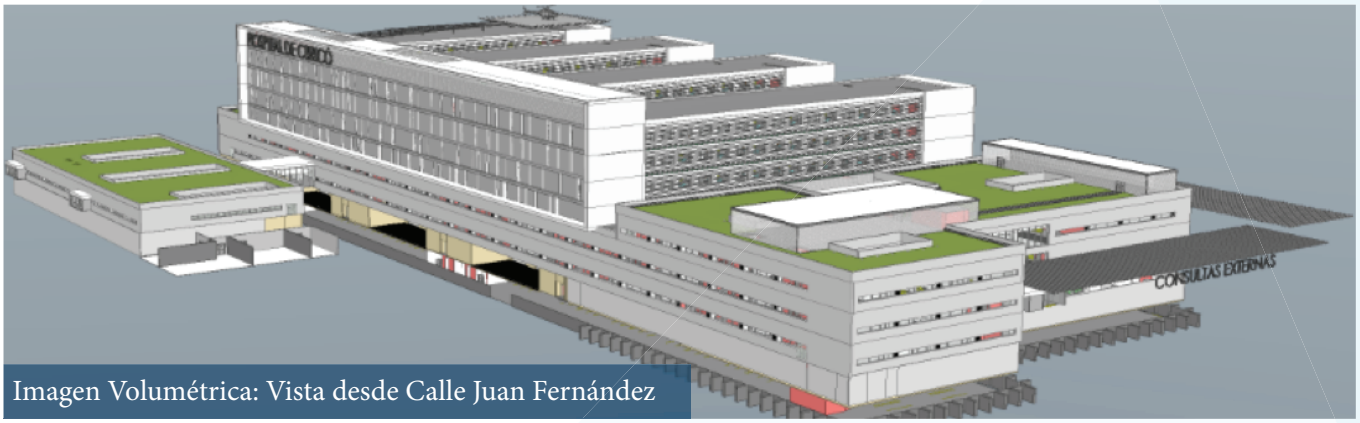


Imagen Volumétrica: Vista desde Calle Juan Fernández

4. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

El 2015 el Hospital de Curicó se estaba preparando para enfrentar su primer proceso de Acreditación Institucional. También fue un año donde se confirmó su tendencia a obtener buenos resultados de gestión en las evaluaciones del Minsal, todo en un contexto donde iniciaba la esperada licitación para la construcción de su nueva infraestructura. En medio de este alentador escenario, el Equipo Directivo se propuso el diseño de su Planificación Estratégica, encomendando a la Subdirección de Gestión de la Información, a través del Departamento de Planificación y Control de Gestión encabezar dicho proceso.

Se definió la herramienta Balance Scorecard para la confección del Plan. Desarrollada por los Economistas Robert Kaplan y David Norton, la herramienta plantea que el éxito de una organización se debe al control no sólo de los parámetros financieros, sino también de las perspectivas de Aprendizaje y Desarrollo, Procesos Internos y Satisfacción Usuaria.

El BSC (Balance Scorecard), en primer lugar establece que una organización tiene que definir su Visión Institucional, que debe contener al menos objetivos desafiantes y una definición de nicho; es decir, quienes serán nuestros usuarios[18]. Una vez resuelta su Visión, se debe concordar el propósito de la organización, que corresponde a la Misión Institucional[19]. Por último, se han de definir aquellos valores fundamentales que representan a la institución y a sus integrantes. Este proceso de definición estratégica se realizó de forma participativa durante el último trimestre de 2015.

A lo largo del primer semestre de 2016 se desarrolló con Jefes de Servicios, Consejo Consultivo de Usuarios y Gremios, mediante talleres y capacitaciones, una reflexión en torno a los problemas y mejoras en cada servicio. Al mes de julio del mismo año la información recopilada fue revisada por el Equipo Directivo, para ordenarse en temáticas, logrando identificar los Lineamientos y Objetivos Estratégicos de la institución, agrupados en las 4 perspectivas del Balance Scorecard.

Se realizó un análisis externo del entorno político, económico, social, tecnológico y legal del país (análisis PESTEL), que permitiera entender cómo los cambios del entorno afectan la institución. El segundo semestre del mismo año se realizaron más de 50 reuniones con Unidades y Servicios del Hospital, Consejo Consultivo de Usuarios, Gremios, Centros Formadores y Gremios de la Salud, definiendo fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la institución (matriz FODA).

[18-19]Kaplan, R.S. y Norton, D.P. (2008). The Execution Premium. Barcelona: Harvard Deusto.

Con toda la información recogida durante casi un año de trabajo, se definió el Mapa y sus Objetivos Estratégicos, identificando en el primer trimestre de 2017 las tareas a ejecutar durante 2018-2022. Gracias a esta información proporcionada por los funcionarios, el Equipo Directivo logró definir las Políticas y Planes de Acción Institucionales. Así, junto a cada responsable de área se comprometieron una serie de tareas concretas y sus plazos, que permitirán lograr los Objetivos Estratégicos propuestos.

El esfuerzo anterior, se ve reflejado en esta Planificación Estratégica, la que con su despliegue de tareas específicas disponible en la última parte de este documento (Plan Operativo), se transforma en la hoja de ruta que guiará el accionar del Hospital de Curicó por el periodo 2018-2022.

5. DEFINICIÓN DE ELEMENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DE CURICÓ

5.1 Visión

"Ser un centro de salud líder en atención integral, segura y de calidad para todos los usuarios"

5.2 Misión

"Somos un centro de salud asistencial docente, articulado en red, que otorga servicios de calidad certificada, con personal comprometido y empático, atendiendo las necesidades de nuestros usuarios, a través del mejoramiento continuo de procesos y gestión de recursos"

5.3 Valores

Compromiso

Trabajamos con vocación y esmero por alcanzar la calidad y seguridad en cada una de nuestras acciones, asumiendo una actitud de permanente entrega y solidaridad.

Empatía

Nuestro trabajo reconocerá a las personas como ser único e importante, con énfasis en el buen trato, haciendo nuestras las necesidades de salud de los usuarios.

Vocación de Servicio

Trabajamos día a día por hacer las cosas bien y con transparencia. Asumiendo la importancia de nuestra labor y los beneficios que genera a las personas.

5.4. Políticas Institucionales

Estas representan el marco normativo en el cual se desenvolverá la institución por al menos los próximos 5 años y que a su vez se sustentan en las directrices entregadas tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio de Salud del Maule y las prioridades que estos han definido.

A. Política de Redes Integradas de Servicios de Salud

El Hospital de Curicó es el principal centro de salud y el único de alta complejidad de la Provincia. Inserto dentro de la Macro Red de Salud Centro Sur (Servicio de Salud Maule y Servicio de Salud O'Higgins), tiene como tarea integrarse y coordinarse con el resto de los actores de la red.

B. Política de Calidad

El Hospital de Curicó garantizará que la entrega de sus servicios cumpla estándares adecuados de acceso, oportunidad y calidad, que en conjunto permitirán la resolución de los problemas de salud de nuestros usuarios. Por tanto, nuestra institución ha definido como estrategia la mejora continua de los procesos manteniendo estándares de institución acreditada. Para ello se deberá promover, fomentar y asegurar que los funcionarios se adhieran y guíen por altos estándares de seguridad y calidad.

C. Política de Recursos Humanos

El establecimiento ha definido una política de administración, gestión y desarrollo de las personas, promoviendo una cultura organizacional que interiorice nuestros valores de Compromiso, Empatía y Vocación de Servicio, generando una mejora continua de competencias, calidad de vida laboral, clima organizacional y estrategias de reconocimiento al desempeño funcionario.

D. Políticas de Satisfacción Usuaria

El Hospital de Curicó declara que su objetivo principal es la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios con oportunidad y altos estándares de calidad, pues ello contribuye a mejorar la condición de salud, y con ello, la calidad de vida de las personas. En este sentido las otras políticas indicadas en este instrumento deben alinearse para lograr este objetivo.

E. Políticas de Comunicaciones

El Hospital de Curicó trabajará manteniendo una política de puertas abiertas a la comunidad, fomentando un diálogo permanente y de colaboración con las otras estructuras del Estado, organizaciones civiles y comunitarias. Lo anterior, mediante la ejecución de un Plan de Comunicaciones con acciones continuas sectoriales e intersectoriales.

F. Política de Gestión Financiero Contable

El Hospital de Curicó ha definido que su rol prioritario es satisfacer las necesidades de sus usuarios, gestionando responsablemente los recursos económicos para alcanzar este fin, dentro del marco jurídico y normativo, con énfasis en la transparencia y probidad de los actos administrativos. Por ello, se velará por un control adecuado y eficiente del uso de los recursos financieros y la estructura de costo del proceso productivo.

G. Política de Desarrollo de Infraestructura, Recursos Físicos e Inversiones

La Institución incorporará la gestión de los recursos físicos como el proceso de apoyo que permite la reposición, mantención, y adquisición de equipos, tecnología, infraestructura y seguridad industrial, velando por el resguardo del medio ambiente, a través de planes y programas que posibiliten la continuidad y la seguridad del funcionamiento del establecimiento, de acuerdo a la demanda, estándares de calidad, normativas vigentes y presupuesto establecido.

H. Política de Investigación y Docencia

En su condición de Hospital Asistencial Docente, el establecimiento se compromete con la calidad de la formación de profesionales y técnicos de la Salud, colaborando en el proceso académico y de investigación clínica, resguardando en todo momento la seguridad y buen trato hacia nuestros usuarios.

I. Política de Auditoría Interna

El Hospital de Curicó mantendrá acciones de auditoría interna a fin de implementar estrategias preventivas y correctivas, que permitan la mejora de los procesos clínicos asistenciales, financiero-contables, administrativos y de gestión en general. Estas auditorías podrán ser solicitadas o sugeridas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), Ministerio de Salud o emanar como una necesidad de la propia Institución.

5.5.Objetivos Generales por Subdirección

Jefes de Servicios de distintas Subdirecciones visitan las obras de construcción del nuevo Hospital

El Objetivo General de cada subdirección presenta el propósito básico hacia el que apuntan las actividades de las mismas, describe lo que realiza a grandes rasgos y como apoyará a la Misión y Visión del Hospital.

Subdirección de Gestión Asistencial:
"Gestionar el trabajo clínico asistencial docente con estándares de seguridad, oportunidad, eficiencia, profesionalismo, conforme al perfil biopsicosocial de nuestros usuarios, articulado en red y haciéndose cargo de la proyección de la demanda sanitaria y de los objetivos institucionales".

Subdirección de Gestión del Cuidado:
"Gestionar los cuidados al paciente con profesionalismo en un entorno asistencial docente, a fin de que estos sean oportunos, eficientes, continuos, personalizados, seguros, cercanos y accesibles para el usuario, familia y comunidad, contribuyendo a alcanzar los objetivos institucionales".

Subdirección de Apoyo Diagnóstico Terapéutico:
"Gestionar los recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de contribuir, apoyar y facilitar la resolución de los procesos clínicos, asegurando la oportunidad, eficiencia y calidad de las prestaciones de acuerdo a los objetivos institucionales".

Subdirección Administrativa:
"Gestionar el uso eficiente de los recursos financieros de forma oportuna y eficaz, garantizando el cumplimiento normativo de los procesos para alcanzar los objetivos institucionales".

Subdirección de Gestión de la Información:
"Generar información de calidad, oportuna y confiable que contribuya en la toma de decisiones y en la gestión institucional, asesorando la optimización de los procesos internos".

Subdirección de Gestión de las Personas:
"Gestionar la administración de las personas, en un proceso de acompañamiento continuo que potencie el crecimiento y desarrollo de los talentos, con acciones que favorezcan la calidad de vida funcionaria y permitan alcanzar los objetivos institucionales".

Subdirección de Operaciones:
"Gestionar los recursos de equipamiento, infraestructura y apoyo logístico, necesarios para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, incorporando el concepto de innovación tecnológica.

6. ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO

6.1. Análisis PESTEL

Análisis Político

El país ha mantenido estabilidad política por más de 25 años, lo que le ha permitido un crecimiento (PIB) promedio en torno al 4,5% anual. A fines del 2017 se realizaron elecciones presidenciales, cuyos resultados podrían generar cambios en los procesos de administración del Estado, áreas priorizadas y formas de funcionamiento.

Análisis Económico

En los últimos 4 años el país ha alcanzado un valor del PIB promedio de 2,45%, menor al promedio de los años anteriores. Si bien esto no ha producido una rebaja en los presupuestos Hospitalarios de los últimos años, sí ha generado una contención de costos, lo que podría impactar en una disminución de la producción de nuestra institución, si no se toman medidas de administración y uso eficiente de los recursos.

Análisis Social

Mediante la "Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes", Ley 20.584, se promueven los derechos y deberes de los usuarios, explicitados en cartas ubicadas en las salas de espera del Hospital. Esto ha cambiado la forma en la cual los usuarios se relacionan con el Hospital. Por ejemplo, los pacientes demandan reducción de los tiempos de espera de atención de urgencias, disminución de la antigüedad de las listas de espera consultas y quirúrgicas, atención con un trato amable y condiciones de confort en las instalaciones.

Análisis Tecnológico

En este aspecto, la incorporación de nuevas tecnologías, beneficia constantemente la prestación de servicios médicos. Los avances generan un alto impacto sobre la manera de trabajar y representan un tema importante a considerar, puesto que reducen los tiempos de hospitalización de los pacientes y mejoran los resultados de las intervenciones.

Análisis Ecológico

Se ha de poner énfasis en el manejo de los residuos generados por las diferentes unidades hospitalarias. Con la entrada en vigencia del Reglamento sobre Manejo de Residuos en Establecimientos de Atención de Salud (REAS), se han clasificado los residuos generados en hospitales según sus riesgos asociados a la salud y su destino y/o reutilización.

Análisis Legal

En el ámbito legal, el Hospital de Curicó se rige por normas de derecho público, que, entre otras cosas regulan, las competencias y potestades de las distintas instituciones de salud pública, así como las relaciones de éstas con las otras instituciones gubernamentales y, de todas ellas con la ciudadanía. Entre las normas más importantes tenemos la Ley de Presupuesto de la Nación, Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, DFL N° 1 del 2006 Minsal, Ley 19.880, Ley 18.575, Ley 19.966 y Ley 19.886, entre otras.

6.2. Análisis FODA

ANÁLISIS INTERNO	
FORTALEZAS	**DEBILIDADES**
F1: Equipos de trabajo comprometidos con su labor. F2: Unidades o servicios que manejan a cabalidad sus funciones. F3: Capacidad de incorporación de médicos especialistas extranjeros. F4: Incorporación de pautas de calidad en un gran número de servicios. F5: Planta física ubicada en lugar de fácil acceso. F6: Convenios docentes asistenciales para estudiantes de Educación Superior. F7: Existencia de un proceso de Planificación Estratégica activo y supervisado. F8: Altos estándares de calidad en prestaciones médicas que mitigan el riesgo de eventos adversos. F9: Implementación de estrategias de interacción con la comunidad. F10: Capacidad para resolver listas de espera.	D1: Dificultades en proceso de contratación de personal. D2: insuficientes incentivos de reconocimiento de desempeño al funcionario. D3: Brecha de personal clínico. D4: Dificultad para evaluar el impacto de las capacitaciones en el desempeño del funcionario. D5: Sistemas de información no integrados. D6: Sistemas de información insuficientemente desarrollados. D7: Inexistencia de sistemas de control de inventario. D8: Infraestructura deficiente. D9: Lento proceso de renovación de equipos y tecnología médica. D10: Quiebres de Stock en fármacos e insumos. D11: Insuficiente control sobre el gasto en fármacos e insumos. D12: Aumento progresivo del gasto. D13: Trámites de los usuarios poco claros y engorrosos. D14: Insuficiente desarrollo de control de procesos críticos. D15: Ocurrencia de accidentes laborales de los funcionarios. D16: Falta de protocolos en algunas áreas.

ANÁLISIS EXTERNO	
OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
O1: Aumento de egresados del Área de la Salud. O2: Desarrollo de actividades conjuntas con instituciones de la Educación Superior. O3: Incorporación de nuevas especialidades médicas. O4: Acceso a estudios de Post-Grado y Post-Título a través de convenio con la Universidad de Talca. O5: Construcción de nuevo hospital con equipos, instalaciones y tecnología adecuada. O6: Avances tecnológicos en el Área de la Salud. O7: Uso masivo de redes sociales. O8: Desarrollo de los SAR. .	A1: Presión social por infraestructura deficiente. A2: Cambios regulatorios en materias de salud. A3: Disponibilidad presupuestaria deficitaria. A4: Insuficiente conocimiento sobre el funcionamiento del hospital y la red por parte del usuario. A5: Alta demanda. A6: Ser el único centro de salud de alta complejidad en la provincia. A7: Desastres y catástrofes naturales y/o producidas por el hombre. A8: Aumento de enfermedades cardiovasculares en la provincia. A9: Nuevos virus y enfermedades.

La metodología para definir el análisis FODA se encuentra disponible en www.hospitalcurico.cl

7. DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

7.1. Lineamientos Estratégicos

Los lineamientos o temas estratégicos son objetivos generales que permiten englobar en una línea los objetivos institucionales en la consecución al logro de la Misión y Visión. Para el Hospital de Curicó, éstos son:

Fortalecer la Gestión de Procesos

Se busca generar una mejora continua de los procesos internos, a modo de lograr eficiencia operacional para lograr oportunidad en la atención, calidad de los servicios, seguridad, y uso eficiente de los recursos. Así también, se busca apoyar la mejora de los procesos a través de la mantención y renovación de equipos e infraestructura.

Fortalecer la Gestión Clínica

Persigue mejorar directamente los procesos internos de los servicios clínicos del Hospital, manteniendo altos estándares de calidad y seguridad, así como mejorar los tiempos de atención y el trato a nuestros usuarios.

Fortalecer la Relación con la Comunidad

Se busca generar estrategias de comunicación con la comunidad, con los Usuarios y Beneficiarios del Hospital, a modo de contener, informar y educar en el uso correcto de la Red de Salud, prevención de enfermedades, diagnóstico oportuno así como la valoración del trabajo institucional y de los funcionarios de la institución.

Director presenta la Cuenta Pública Participativa de la gestión del establecimiento año 2016

7.2. Planes de Acción

4 de noviembre de 2016
Cirujano Plástico Dr. Sergio Muñóz encabeza primera reconstrucción mamaria inmediata del establecimiento

A. Plan de Redes Integradas

- Revisar constantemente la cartera de servicios.
- Potenciar el trabajo de coordinación de la Red Asistencial.
- Evaluar y mejorar de manera continua los procesos de referencia y contra referencia.
- Revisar los protocolos de actuación clínicas y administrativas.

B. Plan de Acción de Recursos Humanos

- Implementar acciones de administración de las personas, orientadas a mejorar el proceso de selección y reclutamiento del personal.
- Implementar acciones para retener al personal que genera valor.
- Mantener los funcionarios capacitados y con conocimientos actualizados.
- Definir un programa de calidad de vida laboral.
- Implementar programas de prevención y respuesta ante cualquier tipo de acoso.

C. Plan de Gestión Clínica y Administrativa

- Disponer una cartera de servicios que se adecúe al modelo RISS.
- Optimizar la coordinación con los distintos actores de la red.
- Asegurar por medio de la acreditación la calidad de nuestras prestaciones.
- Alcanzar el 100% de cobertura para las patologías Ges.
- Implementar elementos que ayuden a la estandarización de los procesos, así como a los procesos de Inducción y re inducción.
- Analizar los modelos de atención y funcionamiento del área quirúrgica.
- Disminuir los tiempos de resolución asistencial para las patologías de las áreas quirúrgica, consultas y procedimientos.
- Identificación y control de Riesgos en las áreas clínicas priorizadas: Unidad de Emergencias, Pabellón, Hospitalizados y Atención ambulatoria.
- Evaluación y análisis de oportunidad de la atención en la unidad de Emergencias.
- Evaluación y mejora del modelo de gestión de pacientes y camas.
- Ampliar áreas y campos de acción del trabajo Docente Asistencial.
- Generar estrategias de control de inventario, insumos y fármacos.

D. Plan de Acción de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria y las Comunicaciones

• Analizar los resultados de las encuestas de satisfacción usuaria identificando áreas deficitarias.
• Establecer presencia continua y frecuente en los medios de comunicación comunal y provincial.
• Fortalecer los vínculos de comunicación con las organizaciones sociales y comunitarias.
• Mejorar los medios de comunicación interna y externa.
• Fomentar el conocimiento del usuario, acerca del funcionamiento del Hospital, garantías de acceso a la salud y sus derechos y deberes como pacientes.
• Incentivar la participación usuaria en las actividades institucionales.
• Mejorar áreas de infraestructura, que permitan brindar una atención en un entorno más confortable y amigable para el paciente y sus seres queridos.
• Mejorar la forma de interacción entre nuestros funcionarios y usuarios, en los ámbitos de recepción, acogida y trato.

E. Plan de Acción de Gestión Financiero Contable

• Definir metodología para optimizar el proceso de compras públicas.
• Elaborar presupuestos por centro de responsabilidad.
• Diseñar modelos de gestión logística para la distribución interna.
• Aumentar ingreso de recursos propios.
• Mejorar sistemas de costeo.
• Disponer de un manual de procedimiento para los procesos a realizar.

F. Plan de Actividades de Auditoría Interna

• Desarrollar actividades de auditoría con el fin de obtener mejoras en los procesos.
• Velar por el cumplimiento de las leyes y normativas vigentes.
• Identificar áreas críticas de intervención.
• Desarrollar informes de auditoría al director del establecimiento.
• Monitorear y evaluar el proceso de gestión de riesgos, a fin de identificar las áreas relevantes a ser controladas e intervenidas.

G. Plan de Recursos Físicos, Inversiones e Infraestructura

• Confeccionar Planes de mantención preventiva y correctiva.
• Determinar las necesidades de inversión en equipamiento e infraestructura necesarios.
• Establecer banco de proyectos.

H. Plan de Sistemas de Planificación y Control de Gestión

• Utilizar de manera óptima la plataforma SISQ, que monitorea cumplimiento de indicadores de establecimientos autogestionados.
• Monitorear el avance y cumplimiento de metas sanitarias.
• Monitorear el avance y cumplimiento de compromisos de gestión.
• Monitorear el avance y cumplimiento de compromisos de Alta Dirección Pública del Director del establecimiento.
• Implementar herramienta de monitoreo de las tareas asociadas a la Planificación Estratégica.
• Implementar herramienta de monitoreo interno de cumplimiento de tareas asociadas a la gestión de riesgos.
• Confeccionar y revisar de manera continua la Planificación Estratégica 2018-2022.
• Confeccionar y revisar de manera continua las herramientas de gestión de riesgo.
• Completar de manera oportuna el tablero general de indicadores de gestión.
• Dar alertas de manera periódica del incumplimiento de cualquier estándar preestablecidos.

I. Procedimiento de Recaudación de Ingresos

La recaudación de ingresos por parte del Hospital de Curicó es fundamental para cubrir el costo de las prestaciones realizadas y mantener una atención de calidad, oportuna e integral. Para lograr una adecuada recaudación es importante contar con una valorización correcta de todos los servicios prestados por la Institución al usuario, e identificar correctamente quién debe pagar por ellos. El Manual de Recaudación de Ingresos estará disponible en el Departamento de Finanzas.

7.3. Objetivos Estratégicos

A. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

1. Disponer de información útil, confiable y oportuna
Mejorar el acceso a la información y facilitar la generación de reportes, disminuyendo tiempos de espera y apoyando a la gestión del Hospital a través de la automatización e informatización de procesos. Para ello, apunta también a facilitar el uso y manejo de los Sistemas de Información, a través de un diagnóstico y mejora en plataformas, así como capacitaciones.

2. Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas
Integrar personal que cuente con las capacidades y cualidades requeridas para cada función y servicio, y que esté alineado con los valores del establecimiento. Así como también, apoyar la retención del personal para evitar la alta rotación y mantener a los buenos funcionarios. Mejorar las capacidades del personal, para que éste pueda desarrollar su trabajo de manera óptima, generando una mejora continua en su desempeño dentro del establecimiento, y la posibilidad de asumir responsabilidades mayores en el futuro. Busca preparar a los funcionarios para aprovechar los recursos, equipamientos e infraestructura, tanto del actual como del nuevo edificio.

3. Mantener clima laboral favorable
Mejorar el ambiente del personal del Hospital, así como velar por su salud, a modo de que tengan condiciones óptimas para realizar sus labores y estén motivados y comprometidos con el servicio a la comunidad.

4. Fortalecer y optimizar rol de campo clínico
Se enfoca en mejorar la calidad en la docencia, fomentando un aprendizaje de excelencia en los profesionales y técnicos en formación, colaborando y resguardando en todo momento la seguridad y buen trato hacia nuestros usuarios.

B. Perspectiva Procesos Internos

5. Mejorar acogida y trato al usuario
Buscar estrategias para garantizar un servicio con trato digno y humanizado a pacientes, acompañantes y usuarios en general

6. Mantener la calidad de institución acreditada
Busca mantener altos estándares de calidad relacionados al cumplimiento de los requerimientos obligatorios y no obligatorios, lo que permitirá entregar un servicio de calidad a nuestros usuarios.

7. Optimizar los tiempos de resolución clínica
Se enfoca en lograr una atención en consultas nuevas de especialidades antes de 6 meses y en intervenciones quirúrgicas reducir a 12 meses para el primer año, y luego una disminución progresiva.

8. Lograr una óptima coordinación con la red de salud
Busca mejorar el flujo de los usuarios desde la Atención Primaria hacia la Atención Secundaria y Terciaria, y viceversa. De modo que la derivación sea más expedita y pertinente, disminuyendo los tiempos de resolutividad, rescate de pacientes, mejorando la eficiencia de cada Institución de Salud.

9. Optimizar procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico
Busca mejorar la eficiencia en la entrega de insumos, esterilización de insumos, dispensación y administración de medicamentos, toma de muestras, realización de exámenes e informes, alimentación, rehabilitación física, entre otros. Lo anterior, a través de una mejora de los procesos internos de cada servicio de apoyo, de la implementación de Acuerdos de Nivel de Servicio (SLA) y el fortalecimiento del trabajo en red.

10. Mejorar de manera continua los procesos internos
Generar una mejoría en la eficiencia y eficacia de los procesos a través del modelamiento, rediseño y perfeccionamiento de los mismos, utilizando las tecnologías y estrategias de gestión modernas disponibles.

11. Maximizar la recuperación de ingresos propios
Busca aumentar al máximo la recuperación de todos los conceptos que generan ingresos al Hospital de Curicó.

12. Contar con equipos e infraestructura conforme a cartera de servicios actualizada
Se enfoca en contar con los equipos e infraestructura adecuados para el funcionamiento de todas las áreas del Hospital, en especial con las áreas de gestión clínica y servicios de apoyo.

C. Perspectiva Financiera

13. Optimizar costos operacionales
Busca mejorar la eficiencia en los procesos y en el uso de recursos.

14. Mantener sustentabilidad financiera
Busca que los ingresos permitan solventar los costos de nuestras prestaciones, a modo de que la institución pueda continuar vigente en el tiempo.

D. Perspectiva Satisfacción Usuaria

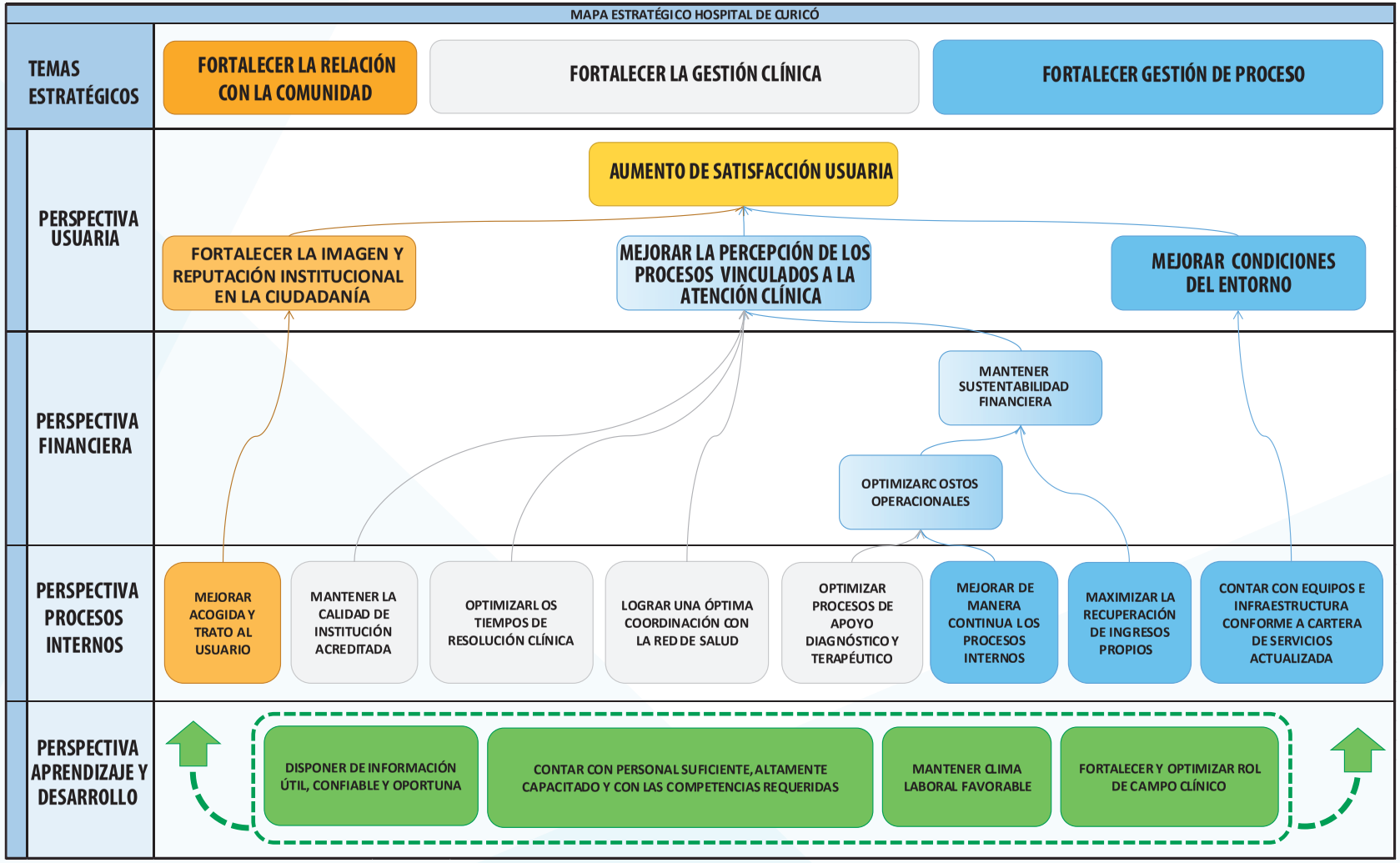
15. Fortalecer la imagen y reputación institucional en la ciudadanía
Se enfoca en mejorar los canales de comunicación del Hospital con la comunidad, generando estrategias de vinculación y difusión de información respecto al buen uso de la Red Asistencial.

16. Mejorar la percepción de los procesos vinculados a la atención clínica
Busca facilitar la relación del usuario con el Hospital, disminuyendo pasos para los trámites administrativos a realizar y guiándolo para que pueda acceder de forma expedita a las prestaciones.

17. Mejorar condiciones del entorno
Se enfoca en mejorar la infraestructura de la Institución, que permita brindar una atención en un entorno confortable y amigable para el paciente y sus seres queridos.

18. Aumento de satisfacción usuaria
Mejorar la percepción que tienen los usuarios respecto a la calidad de los servicios que reciben.

7.4. Mapa Estratégico



31 de marzo de 2016
Equipo de Traumatología realiza primera Prótesis de Hombro en la región del Maule.

8. CUADRO DE MANDO INTEGRAL

8.1 Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo

P.	Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META				
					2018	2019	2020	2021	2022
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	1	**Disponer de información útil, confiable y oportuna**	Porcentaje de personal capacitado en el uso de sistemas informáticos	[Número de funcionarios capacitados en el uso de softwares según PAC en el periodo/ Total de funcionarios a capacitar en el uso de softwares según PAC en el periodo] x 100	≥ 50%	≥ 65%	≥ 80%	≥ 90%	≥ 95%
			Porcentaje de información ingresada de manera oportuna en Sismaule, SIGFE, SIRH, SIS-Q	[Cantidad de información registrada en plazos oportunos en el periodo / Cantidad de información total requerida en el periodo] x 100	≥ 91%	≥ 92%	≥ 93%	≥ 94%	≥ 95%
			Porcentaje de consistencia de la información en Sismaule, SIGFE, SIRH, SIS-Q	[Número de aspectos que cumplen con lo indicado en la pauta de consistencia en el periodo / Total de aspectos de la pauta de consistencia en el periodo] x 100	> 85%	> 87,5%	> 90%	> 92,5%	> 95%
	2	**Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas**	Porcentaje de funcionarios capacitados en temas estratégicos para la institución	[Cantidad de funcionarios capacitados en temas estratégicos en el periodo / Total de funcionarios que deben ser capacitados en temas estratégicos en el periodo] x 1001 [20]	≥ 60%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 90%	≥ 100%
			Actividades del PAC con evaluación de transferencia	[Número de actividades del PAC con evaluación de transferencia en el periodo / Número de actividades del PAC que deben tener evaluación de transferencia en el periodo] x 100	≥ 20%	≥ 30%	≥ 40%	≥ 50%	≥ 60%
			Índice de Rotación de Personal	[(Número de funcionarios que son desvinculados en el periodo + Número de funcionarios que renuncian en el periodo / dotación efectiva del periodo]	< 4%	< 4%	< 4%	< 4%	< 4%
			Cumplimiento de Estándar Clínico	[Dotación efectiva existente servicios clínicos en el periodo / Dotación de funcionarios requerida según estándar de servicios clínicos para el periodo] x 100	≥ 50%	≥ 55%	≥ 60%	≥ 65%	≥ 70%
			Disminución porcentual de horas extras realizadas por periodo	[(Total de horas extra realizadas en el periodo anterior – Total de horas extra realizadas en el periodo) / (Total de horas extra realizadas en el periodo anterior)] x 100	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%
	3	**Mantener clima laboral favorable**	Índice de progreso del Plan de Calidad de Vida	[Actividades programadas ejecutadas del periodo / Actividades programadas comprometidas para el periodo] x 100	≥ 70%	≥ 71%	≥ 72%	≥ 73%	≥ 74%
			Riesgo psicosocial en el Hospita'[21]	[Cantidad de funcionarios en riesgo psicosocial en el periodo / Cantidad de funcionarios encuestados en el periodo] x 100	< 50%	< 50%	< 50%	< 50%	< 50%
	4	**Fortalecer y optimizar rol de campo clínico**	Uso de capacidad de campo clínico por periodo	[Número de estudiantes en el campo clínico por periodo / Número de estudiantes indicados por estudio de capacidad formadora] x 100	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
			Satisfacción del desempeño de los internos en los servicios por parte de jefaturas de servicio	[Puntaje obtenido en la encuesta de satisfacción con internos en el periodo / Puntaje total de la encuesta de satisfacción con internos en el periodo] x 100	≥ 80%	≥ 82,5%	≥ 85%	≥ 90%	≥ 95%

[20]Las áreas estratégicas serán definidas por la Dirección del establecimiento.
[21]Metas de acuerdo a protocolo.

8.2 Perspectiva de Procesos Internos

P.	Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META				
					2018	2019	2020	2021	2022
PROCESOS INTERNOS	5	**Mejorar acogida y trato al usuario**	Adhesión a protocolo de acogida y trato usuario de los funcionarios	[Puntaje obtenido en pauta de evaluación en el periodo / Puntaje total pauta de evaluación] x 100	≥ 80%	≥ 81%	≥ 82%	≥ 83%	≥ 84%
	6	**Mantener calidad de institución acreditada**	Características obligatorias cumplidas	[Características obligatorias cumplidas / Características obligatorias totales] x 100	100%	100%	100%	100%	100%
			Características no obligatorias cumplidas	[Características no obligatorias cumplidas / Características no obligatorias totales] x 100	≥ 85%	≥ 87%	≥ 89%	≥ 91%	≥ 93%
	7	**Optimizar los tiempos de resolución clínica**	Reducción de la mediana de días de espera por intervenciones quirúrgicas	[(Mediana de días de espera de la LE quirúrgica del periodo anterior - Mediana de días de espera de la LE quirúrgica del periodo)/ Mediana de días de espera de la LE quirúrgica del periodo anterior] x 100	< 5%	< 4%	< 3%	< 2%	< 1%
			Reducción de la mediana de días de espera por consulta nueva de especialidad	[(Mediana de días de espera de la LE consulta del periodo anterior - Mediana de días de espera de la LE consulta del periodo)/ Mediana de días de espera de la LE consulta del periodo anterior] x 100	< 5%	< 4%	< 3%	< 2%	< 1%
			Reducción de la mediana de días de espera por una consulta nueva dental, exceptuando ortodoncia	[(Mediana de días de espera de la LE consulta nueva dental del periodo anterior - Mediana de días de espera de la LE nueva dental del periodo)/ Mediana de días de espera de la LE nueva dental del periodo anterior] x 100	< 5%	< 4%	< 3%	< 2%	< 1%
			Reducción de la mediana de días de espera por un procedimiento	[(Mediana de días de espera de la LE procedimientos del periodo anterior - Mediana de días de espera de la LE procedimientos del periodo)/ Mediana de días de espera de la LE procedimientos del periodo anterior] x 100	< 5%	< 4%	< 3%	< 2%	< 1%
	8	**Lograr una óptima coordinación con la red de salud**	Derivación de pacientes a hospitales de menor complejidad	[Número de casos derivados y aceptados a hospitales de menor complejidad en el periodo / Total de casos derivados a hospitales de menor complejidad en el periodo] x 100	> 60%	> 65%	> 70%	> 75%	> 80%
			Promedio de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el sistema privado	[Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extra sistema que cumplen con criterio de derivación / Número de total de pacientes trasladados vía UGCC al extra sistema que cumplen con criterio de derivación]	≤ 8,4	≤ 8,4	≤ 8,4	≤ 8,4	≤ 8,4
			Pertinencia de la derivación desde APS	[Casos no pertinentes de derivación / Total de casos de derivación] x 100	< 12%	< 11%	< 10%	< 9%	< 8%

Perspectiva de Procesos Internos

P.	Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META				
					2018	2019	2020	2021	2022
PROCESOS INTERNOS	9	**Optimizar procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico**	Despacho de recetas de manera total y oportuna en atención abierta	[Número de recetas despachadas de manera total y oportuna para atención abierta en el periodo / Total de recetas despachadas para atención abierta en el periodo] x 100	> 97,5%	> 98%	>98,5%	> 99%	>99,5%
			Despacho de recetas de manera total y oportuna en atención cerrada	[Número de recetas despachadas de manera total y oportuna para atención cerrada en el periodo / Total de recetas despachadas para atención cerrada en el periodo] x 100	> 97,5%	> 98%	>98,5%	> 99%	>99,5%
			Fallas en procesos de esterilización de instrumental clínico	[Total de paquetes de instrumental clínico rechazado proveniente de esterilización en el periodo / Total de paquetes de instrumental clínico despachado desde esterilización en el periodo] x 100	< 5%	< 4%	< 3%	< 3%	< 3%
	10	**Mejorar de manera continua los procesos internos**	Implementación Proceso Gestión de Riesgos	[(Unidades en proceso de implementación de PGR + Unidades con PGR implementado) / Unidades totales del Hospital] x 100	≥ 10%	≥ 20%	≥ 30%	≥ 40%	≥ 50%
			Unidades con Manuales de Organización y Procedimientos actualizados	[(Unidades con MOP en proceso en el periodo + Unidades con MOP actualizado en el periodo) / Unidades totales del Hospital] x 100	= 100%	= 100%	= 100%	= 100%	= 100%
	11	**Maximizar la recuperación de ingresos propios**	Tasa de recuperabilidad de los ingresos devengados en el año	[Ingresos percibidos del periodo / Ingresos devengados del periodo] x 100	≥ 90%	≥ 91%	≥ 92%	≥ 93%	≥ 94%
			Tasa de recuperabilidad de los ingresos devengados en años anteriores	[Ingresos percibidos de cuentas por cobrar de años anteriores / Cuentas por cobrar devengadas de años anteriores] x 100	≥ 65%	≥ 67%	≥ 69%	≥ 71%	≥ 73%
	12	**Contar con equipos e infraestructura conforme a cartera de servicios actualizada**	Equipamiento con programa de mantenimiento activo	[Equipamiento con programa de mantenimiento activo en el periodo / Equipamiento que requiere programa de mantenimiento activo] x 100	≥ 91%	≥ 92%	≥ 93%	≥ 94%	≥ 95%
			Resolución de brechas de equipos e infraestructura	[(Equipamiento adquirido comprometido en el periodo / Equipamiento a adquirir comprometido en el periodo) x 0,5 + (Ajustes de infraestructura realizados comprometidos en el periodo / Ajustes de infraestructura a realizar comprometidos para el periodo) x 0,5] x 100	≥ 81%	≥ 82%	≥ 83%	≥ 84%	≥ 85%

8.3 Perspectiva Financiera

P.	Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META				
					2018	2019	2020	2021	2022
FINANCIERA	13	**Optimizar costos operacionales**	Gasto en compras de servicios clínicos[22]	[Total de gastos en compra de servicios clínicos en el periodo anterior - Total de gastos en compra de servicios clínicos en el periodo / Total de gastos en compras de servicios clínicos en periodo anterior] x 100	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%
			Fármacos vencidos, deteriorados y faltantes en el periodo	[(Costo de fármacos vencidos en el periodo + costo de fármacos deteriorados en el periodo + costo de fármacos faltantes en el periodo) / Costo del inventario de fármacos existente del periodo]	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%
	14	**Mantener sustentabilidad financiera**	Equilibrio financiero	[Total Gasto Operacional en el periodo/ Ingreso Total en el periodo]	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1

[22]Referido a compra de exámenes y programas especiales (plan 500, entre otros)

8.4 Perspectiva Usuaria

P.	Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	FÓRMULA	META				
					2018	2019	2020	2021	2022
USUARIA	15	**Fortalecer la imagen y reputación institucional en la ciudadanía**	Disminución reclamos anuales por mal trato al usuario respecto al año anterior	[Cantidad de reclamos recibidos por concepto de mal trato en el periodo anterior - Cantidad de reclamos recibidos por concepto de mal trato al usuario en el periodo / Cantidad de reclamos recibidos por concepto de mal trato en el periodo anterior] x 100	> 10%	> 10%	> 10%	> 10%	> 10%
			Publicaciones positivas en los medios de comunicación	[Publicaciones de noticias favorables en medios de comunicación en el periodo / Publicaciones de noticias totales en medios de comunicación en el periodo] x 100	> 50%	> 52,5%	> 55%	> 57,5%	> 60%
	16	**Mejorar la percepción de los procesos vinculados a la atención clínica**	Reclamos anuales por procesos administrativos respecto al año anterior	[Cantidad de reclamos recibidos por concepto de procesos administrativos en el periodo anterior - Cantidad de reclamos recibidos por concepto de procesos administrativos en el periodo / Cantidad de reclamos recibidos por concepto de procesos administrativos en el periodo anterior] x 100	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%
	17	**Mejorar condiciones del entorno**	Mejoras al entorno del usuario	[Actividades de mejora realizadas acumuladas a la fecha / Actividades de mejora comprometidas totales para el periodo 2018-2022] x 100	> 15%	> 40%	> 65%	> 80%	> 100%
	18	**Aumentar la satisfacción usuaria**	Porcentaje de reclamos sobre solicitudes ciudadanas	[Número de reclamos recibidos en el periodo / Número de solicitudes ciudadanas recibidas en el periodo] x 100	≤ 35%	≤ 34%	≤ 33%	≤ 32%	≤ 31%
			Satisfacción Usuaria en Atención Ambulatoria	[Puntaje obtenido en la encuesta de satisfacción usuaria en Atención Ambulatoria en el periodo / Puntaje total de la encuesta de satisfacción usuaria en Atención Ambulatoria en el periodo] x 100	≥ 81%	≥ 82%	≥ 83%	≥ 84%	≥ 85%
			Satisfacción Usuaria en Urgencias	[Puntaje obtenido en la encuesta de satisfacción usuaria en Urgencias en el periodo / Puntaje total de la encuesta de satisfacción usuaria en Urgencias en el periodo] x 100	≥ 81%	≥ 82%	≥ 83%	≥ 84%	≥ 85%
			Satisfacción Usuaria en egresos hospitalarios	[Puntaje obtenido en la encuesta de satisfacción usuaria en egresos hospitalarios en el periodo / Puntaje total de la encuesta de satisfacción usuaria en egresos hospitalarios en el periodo] x 100	≥ 81%	≥ 82%	≥ 83%	≥ 84%	≥ 85%

28 de marzo de 2017
Nace en el Hospital de Curicó Lucas Romero Bravo, hijo de Carlos Romero Montiel y Nickol Bravo Fuenzalida

9. PLAN OPERATIVO: TAREAS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

9.1 Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo

1° Objetivo Estratégico: Disponer de Información Útil, Confiable y Oportuna

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
1	Desarrollar e implementar plan de trabajo para potenciar la Intranet existente.	Dpto. Tecnología de la Información	Diagnóstico y levantamiento de requerimientos.	100% Funcionamiento.	100% Funcionamiento.	100% Funcionamiento.	100% Funcionamiento.	Cantidad de tareas realizadas sobre las comprometidas.	Informe de requerimientos.
			Diseño y pilotaje.						
2	Generar Programas capacitación acerca de funcionamiento y características de SISMaule a todos los usuarios.	Dpto. Tecnología de la Información- Unidad de Capacitación	Generar contenido del programa de capacitación	Generar programa de capacitaciones.	Generar programa de capacitaciones.	Generar programa de capacitaciones.	Generar programa de capacitaciones.	Cantidad de tareas realizadas sobre las comprometidas.	-Entrega de informe de requerimientos -Documento de actividades de capacitación. -Actas de asistencia. -Documento de evaluación de transferencia.
			Realizar DNC[23] 2018 relacionado a los problemas, necesidades o desafíos relacionados con SISMAULE abordables a través de capacitación.	Ejecutar programa de capacitaciones.	Ejecutar programa de capacitaciones.	Ejecutar programa de capacitaciones.	Ejecutar programa de capacitaciones.		
				Diseñar actividad de capacitación.	Diseñar actividad de capacitación.	Diseñar actividad de capacitación.			
				Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión Metodológico.		
				Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.		
				Definir objetivos de aprendizaje.	Definir objetivos de aprendizaje.	Definir objetivos de aprendizaje.	Definir objetivos de aprendizaje.		
				Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir conductas de desempeño a evaluar.		
				Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.		
				Realizar capitalización de la actividad.	Realizar capitalización de la actividad.	Realizar capitalización de la actividad.	Realizar capitalización de la actividad.		
				Realizar DNC 2019.	Realizar DNC 2020.	Realizar DNC 2021.	Realizar DNC 2022.		
3	Implementar estrategia para informar de manera oportuna los cambios en sistemas.	Dpto. Tecnología de la Información	Confección de instructivo aplicaciones locales y externas.	Actualización de instructivo aplicaciones locales y externas.	Actualización de instructivo aplicaciones locales y externas.	Actualización de instructivo aplicaciones locales y externas.	Actualización de instructivo aplicaciones locales y externas.	Cantidad de instructivos existentes sobre cantidad de aplicaciones.	Instructivos de aplicaciones.
			Difundir instructivos.	Difundir cambios en instructivos.	Difundir cambios en instructivos.	Difundir cambios en instructivos.	Difundir cambios en instructivos.		

[23]Detección de necesidades de capacitación

1° Objetivo Estratégico: Disponer de Información Útil, Confiable y Oportuna

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
4	Identificar requerimientos de ERP [24] según las necesidades de la institución.	Sub. Administrativa - Sub. G. de las Personas - Dpto. Tecnología de la Información	Adquisición de módulos Software Experto.	Evaluación de módulos Software Experto adquiridos año 2017.	_____	_____	_____	Cantidad de tareas realizadas sobre las comprometidas.	- Documento que indique contratación de los módulos - Documento que indique evaluación del Software
5	Definir estrategia para incorporar ERP a la institución.	Recursos Financieros - Dpto. Tecnología de la Información	Diseño de estrategia de capacitaciones para implementación de Software Experto.	Capacitación en uso de módulos Software Experto adquiridos.	Capacitación en uso de módulos Software Experto adquiridos.	_____	_____	Número de funcionarios capacitados sobre el total de funcionarios a capacitar.	- Documento de estrategia de implementación - Documento que indique el número de funcionarios capacitados y el total a capacitar.
6	Identificar requerimiento, incorporaciones y mejoras a realizar en HIS [25] existente (SISMAULE) según las necesidades de la institución.	Sub. G. Asistencial - Sub. G. del Cuidado - Dpto. Tecnología de la Información	Mantención y desarrollo Software SISMaule.	Mantención y desarrollo Software SISMaule.	Mantención y desarrollo Software SISMaule.	Mantención y desarrollo Software SISMaule.	Mantención y desarrollo Software SISMaule.	Porcentaje de desarrollos informáticos terminados de los requeridos en cada periodo.	_____
7	Definir estrategias de trabajo para incorporar mejoras en HIS a la institución.	Recursos Financieros - Dpto. Tecnología de la Información - Sub. G. Asistencial	Identificación de requerimientos y mejoras SISMaule.	Identificación de nuevos requerimientos y mejoras SISMaule.	Identificación de nuevos requerimientos y mejoras SISMaule.	Identificación de nuevos requerimientos y mejoras SISMaule.	Identificación de nuevos requerimientos y mejoras SISMaule.	Cantidad de informes realizados sobre los comprometidos.	Informe de requerimientos.
			_____	Desarrollo de iniciativas de requerimientos identificados.	Desarrollo de iniciativas de requerimientos identificados.	Desarrollo de iniciativas de requerimientos identificados.	Desarrollo de iniciativas de requerimientos identificados.	Porcentaje de desarrollo de iniciativas indicadas como necesarias.	Informe que indique avances en la confección de iniciativas.

[24] Por sus siglas en inglés, Enterprise Resource Planning. En español, Sistema de Planificación de Recursos Empresariales.
[25] Por sus siglas en inglés, Hospital Information System. En español, Sistema de Información Hospitalaria.

1° Objetivo Estratégico: Disponer de Información Útil, Confiable y Oportuna

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
8	Integrar ERP y HIS, para facilitar la gestión clínica y administrativa.	Sub. G. de la Información	Identificar si es posible realizar integración entre los módulos del ERP y HIS existente.	Definir Estrategia de Trabajo para realizar interacción de la información existente.	Evaluar factibilidad de integración nuevos módulos ERP y SISMaule.	Evaluar factibilidad de integración nuevos módulos ERP y SISMaule.	Proseguir procesos de integración (en caso de ser posible)	Cantidad de tareas realizadas sobre las comprometidas.	Documento que indique factibilidad de integración de softwares.
				Iniciar proceso de integración.	_____	Iniciar procesos de integración (en caso de evaluación positiva)	_____	Porcentaje de avances en procesos de integración.	
9	Generar programas de vinculación y asesoría al centro CENS [26]	U. Docencia e Investigación	Averiguar implicancias y potencialidades de proyectos CENS.	Desarrollo de iniciativas propuestas.	Desarrollo de iniciativas propuestas.	Desarrollo de iniciativas propuestas.	Desarrollo de iniciativas propuestas.	Porcentaje de iniciativas desarrolladas de lo propuesto.	- Documento con potenciales tareas a desarrollar según capacidades de convenio. - Proyectos desarrollados por periodo.
10	Implementar estrategia que permita estabilidad de sistema informático.	Dpto. Tecnología de la Información	Incorporar tecnología que de estabilidad al sistema.	Evaluar si cambios fueron óptimos.	Evaluar si cambios fueron óptimos.	Evaluar si cambios fueron óptimos.	Evaluar si cambios fueron óptimos.	Cantidad de evaluaciones realizadas.	- Documento que indique resultados de evaluación realizada - Documento que indique evaluación de mejoras

[26]Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud, proyecto CORFO que otorga 3.500 millones de pesos a cinco universidades.

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
11	Identificar o revisar contenidos en el programa de inducción, reinducción, orientación y re orientación por área o servicio.	U. Capacitación y Formación	Revisar protocolo de inducción y reinducción.	Diseñar actividad de capacitación.	Diseñar actividad de capacitación.	Diseñar actividad de capacitación.	Diseñar actividad de capacitación.	-Cantidad de tareas realizadas sobre las comprometidas. - Porcentaje de avance en los programas propuestos.	- Documento que dé cuenta de las actividades realizadas.
			Revisar protocolo de orientación y re orientación.	Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión metodológico.	Diseñar guión metodológico.		
			Establecer entrevista con jefaturas.	Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.	Definir objetivo de desempeño.		
			Priorizar en conjunto con jefaturas las necesidades abordables.	Definir objetivos de aprendizaje. Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir objetivos de aprendizaje. Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir objetivos de aprendizaje. Definir conductas de desempeño a evaluar.	Definir objetivos de aprendizaje. Definir conductas de desempeño a evaluar.		
			Programa de Inducción-reinducción y Programa de Orientación y re orientación. Incorporar en el PAC 2019.	Revisar Programa Inducción-reinducción - orientación y re orientación PAC 2020	Revisar Programa Inducción-reinducción - orientación y re orientación PAC 2020	Revisar Programa Inducción-reinducción - orientación y re orientación PAC 2020	Revisar Programa Inducción-reinducción - orientación y re orientación PAC 2020		
				Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.	Evaluar transferencia de contenidos.		
				Entrevistar a las jefaturas para incorporar actualización al DNC 2019	Entrevistar a las jefaturas para incorporar actualización al DNC 2020	Entrevistar a las jefaturas para incorporar actualización al DNC 2021	Entrevistar a las jefaturas para incorporar actualización al DNC 2022		
12	Establecer convenios con centro formadores en el ámbito de la simulación clínica.	U. Docencia e Investigación	Establecer convenios con U Talca y CFT Santo Tomas.	_____	_____	Evaluar posibilidad de incorporar centro de simulación clínica respaldado por centros formadores.	Incorporar centro de simulación clínica a nuevo Hospital.	Porcentaje de avance en plan de incorporación de campo de simulación clínica a nuevo Hospital.	- Documento que indique factibilidad de incorporación. - Plan de incorporación de campo de simulación clínica.

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
13	Generar un mecanismo para identificación de brechas de capacitación tanto para procesos clínicos como administrativos.	U. Capacitación y Formación	Realizar DNC 2019.	Realizar DNC 2020.	Realizar DNC 2021.	Realizar DNC 2022.	Realizar DNC 2023.	- Porcentaje de tareas realizadas - Porcentaje de avance en los programas propuestos	- Documento que dé cuenta de cada una de las actividades realizadas - Documento que indique porcentaje de avance en cada una de las actividades propuestas
			Informarse del contexto organizacional.	Informarse del contexto organizacional.	Informarse del contexto organizacional.	Informarse del contexto organizacional.	Informarse del contexto organizacional.		
			Reunirse con las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Reunirse con las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Reunirse con las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Reunirse con las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Reunirse con las Jefaturas de los Servicios o Unidades.		
			Reunir evidencia complementaria.	Reunir evidencia complementaria.	Reunir evidencia complementaria.	Reunir evidencia complementaria.	Reunir evidencia complementaria.		
			Determinar problema y/o necesidad.	Determinar problema y/o necesidad.	Determinar problema y/o necesidad.	Determinar problema y/o necesidad.	Determinar problema y/o necesidad.		
			Determinar si es abordable por Capacitación.	Determinar si es abordable por Capacitación.	Determinar si es abordable por Capacitación.	Determinar si es abordable por Capacitación.	Determinar si es abordable por Capacitación.		
			Acuerdos con la Organización y las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Acuerdos con la Organización y las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Acuerdos con la Organización y las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Acuerdos con la Organización y las Jefaturas de los Servicios o Unidades.	Acuerdos con la Organización y las Jefaturas de los Servicios o Unidades.		
			Priorización de las brechas a abordar a través de capacitación durante el año 2019 que impactan en el logro de los objetivos institucionales.	Priorización de las brechas a abordar a través de capacitación durante el año 2020 que impactan en el logro de los objetivos institucionales.	Priorización de las brechas a abordar a través de capacitación durante el año 2021 que impactan en el logro de los objetivos institucionales.	Priorización de las brechas a abordar a través de capacitación durante el año 2022 que impactan en el logro de los objetivos institucionales.	Priorización de las brechas a abordar a través de capacitación durante el año 2023 que impactan en el logro de los objetivos institucionales.		
			Definir actividad de capacitación, objetivo de desempeño y conductas específicas.	Definir actividad de capacitación, objetivo de desempeño y conductas específicas.	Definir actividad de capacitación, objetivo de desempeño y conductas específicas.	Definir actividad de capacitación, objetivo de desempeño y conductas específicas.	Definir actividad de capacitación, objetivo de desempeño y conductas específicas.		

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
14	Generar evaluación y monitoreo para determinar el impacto de la capacitación.	U. Capacitación y Formación	Análisis "Sistemas de Fuerzas"	Análisis "Sistemas de Fuerzas"	Análisis "Sistemas de Fuerzas"	Análisis "Sistemas de Fuerzas"	Análisis "Sistemas de Fuerzas"	Porcentaje de tareas realizadas de las programadas en el periodo.	Documento que certifique la realización de la tarea comprometida.
			Medir la reacción.	Medir la reacción.	Medir la reacción.	Medir la reacción.	Medir la reacción.		
			Medir el aprendizaje.	Medir el aprendizaje.	Medir el aprendizaje.	Medir el aprendizaje.	Medir el aprendizaje.		
			Medir transferencia.	Medir transferencia.	Medir transferencia.	Medir transferencia.	Medir transferencia.		
			Medir resultados.	Medir resultados.	Medir resultados.	Medir resultados.	Medir resultados.		
			Tabular datos.	Tabular datos.	Tabular datos.	Tabular datos.	Tabular datos.		
			Identificar los resultados.	Identificar los resultados.	Identificar los resultados.	Identificar los resultados.	Identificar los resultados.		
			Elaborar conclusiones y recomendaciones.	Elaborar conclusiones y recomendaciones.	Elaborar conclusiones y recomendaciones.	Elaborar conclusiones y recomendaciones.	Elaborar conclusiones y recomendaciones.		
15	Elaborar los perfiles de cargo requeridos de acuerdo a la estructura organizacional planteada por el nuevo modelo de gestión.	Desarrollo Organizacional	Estandarizar el formato de los descriptores de cargo.	_____	_____	Elaboración de perfiles de cargo bajo el Modelo de Competencias.	Actualización de perfiles de cargo bajo el Modelo de Competencias.	Número de perfiles de cargo bajo el Modelo de Competencias / Número de cargos de la institución	- Documento con cantidad de cargos existentes. - Formato actualizado de descriptores de cargo. - Formato de perfiles de cargo bajo el Modelo de Competencias.
			Cuantificar la cantidad de cargos existentes en la institución.	_____	_____	_____	_____		
			Levantar descriptores de cargo del 15% de la cantidad de cargos existentes en la organización.	Levantar descriptores de cargo del 40% de la cantidad de cargos existentes en la organización.	Levantar descriptores de cargo del 100% de la cantidad de cargos existentes en la organización.	_____	_____	Número de cargos con descriptor actualizado / Número de cargos existentes	Descriptores de cargo actualizados.

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
16	Implementar proceso de reclutamiento y selección de personal que se ajuste a las competencias y perfiles de cargo pre establecidos.	Desarrollo Organizacional	Realizar proceso de reclutamiento y selección de acuerdo a descriptores de cargo actualizados.	Elaboración proyecto Catálogo de Competencias Institucionales.	Definición y validación Catálogo de Competencias Institucionales.	Levantar procesos de reclutamiento y selección bajo el nuevo modelo de competencias de la institución.	Realizar proceso de reclutamiento y selección de acuerdo a descriptores de cargo actualizados.	Número de procesos de selección con descriptores de cargos actualizados / Número total de procesos de selección institucionales	- Bases de concursos con descriptores de cargo actualizados. - Documento que formaliza el catálogo de Competencias Institucionales.
				Realizar proceso de reclutamiento y selección de acuerdo a descriptores de cargo actualizados.	Realizar proceso de reclutamiento y selección de acuerdo a descriptores de cargo actualizados.	Realizar proceso de reclutamiento y selección de acuerdo a descriptores de cargo actualizados.			
17	Implementar plataforma educativa e-learning	Dpto. Tecnología de la Información - U. Capacitación y Formación	Definir plataforma a utilizar.	Instalación de plataforma.	100% Plataforma funcional.	100% Plataforma funcional.	100% Plataforma funcional.	Porcentaje de tareas realizadas sobre las comprometidas. Porcentaje de funcionarios que ha realizado cursos en plataforma sobre dotación efectiva.	- Plataforma en funcionamiento - Documentos de restudio de requerimientos e implementación de cursos. - DNC anual. - Evaluación de transferencia de contenidos.
			Estudio de requerimientos para implementar plataforma educativa e-learning.	Identificación de cursos a realizar.	Incorporar cursos para el año 2019.	Incorporar cursos para el año 2020.	Incorporar cursos para el año 2021.		
			_____	Inicio de Confección de Cursos	_____	Lograr que al menos el 50% de los funcionarios haya realizado un curso bajo esta modalidad en la plataforma implementada.	Lograr que al menos el 70% de los funcionarios haya realizado un curso bajo esta modalidad en la plataforma implementada.		
			_____	Incorporar programa piloto de curso modalidad e-learning.	_____				
			_____	Monitorear y evaluar pertinencia de la modalidad.	_____				
			_____	Realizar medición de transferencia de los contenidos entregados.	Realizar medición de transferencia de los contenidos entregados.	Realizar medición de transferencia de los contenidos entregados.	Realizar medición de transferencia de los contenidos entregados.		
			Realizar DNC para priorizar actividades de capacitación a implementar bajo esta modalidad educativa.	Realizar DNC 2020.	Realizar DNC 2021.	Realizar DNC 2022.	Realizar DNC 2023.		

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
18	Informar acerca de la existencia de la plataforma uptoday (biblioteca virtual) U Talca y a la biblioteca U Talca. - Adquirir membresía en revistas de salud validadas (biblioteca virtual)	U. Capacitación y Formación - U. Docencia e Investigación	Masificar existencia de acceso a plataforma e learning.	Capacitar en uso de plataforma.	Capacitar en uso de plataforma.	Capacitar en uso de plataforma.	Capacitar en uso de plataforma.	- ¿Genera documento que informa de existencia de plataforma? - ¿Genera programa de capacitación en uso de plataforma? - Evaluar porcentaje de uso de Plataforma	- Documento que indica existencia de plataforma -Entrega de programa de Capacitaciones por periodo - documento que indique porcentaje de uso de la plataforma por periodo.
				Evaluar nivel de uso de plataforma.	Evaluar nivel de uso de plataforma.	Evaluar nivel de uso de plataforma.	Evaluar nivel de uso de plataforma.		
				_____	Incrementar porcentaje de uso de plataforma.	Incrementar porcentaje de uso de plataforma.	Incrementar porcentaje de uso de plataforma.		
			Realizar estudio de revistas de salud virtuales acreditadas y consultar a los funcionarios temas de interés.	Adquirir membresía.	Evaluar revistas virtuales existentes en la biblioteca.	Evaluar revistas virtuales existentes en la biblioteca.	Evaluar revistas virtuales existentes en la biblioteca.		
				Incorporar a página web del hospital enlace de acceso a la biblioteca virtual.	Generar actualización de temas de interés.	Generar actualización de temas de interés.	Generar actualización de temas de interés.		
				Realizar encuesta de satisfacción en el enlace de la biblioteca virtual que permita medir la pertinencia de las revistas.	Realizar encuesta de satisfacción en el enlace de la biblioteca virtual que permita medir la pertinencia de las revistas.	Realizar encuesta de satisfacción en el enlace de la biblioteca virtual que permita medir la pertinencia de las revistas.	Realizar encuesta de satisfacción en el enlace de la biblioteca virtual que permita medir la pertinencia de las revistas.		

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
19	Realizar estudio de horas extra.	Dpto. Gestión de las Personas	_____	Generar e implementar metodología para evaluar uso de horas extra.	Revisar e implementar estrategia para controlar gasto en horas extra.	Revisar e implementar estrategia para controlar gasto en horas extra.	Revisar e implementar estrategia para controlar gasto en horas extra.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas.	Documento de metodología para evaluar uso de hora extra.
20	Analizar causas de rotación de personal.	Dpto. Gestión de las Personas	Realizar estudio y análisis de causas de egreso de funcionarios.	Realizar estudio y análisis de causas de egreso de funcionarios y como estas han cambiado en relación a periodo anterior	Realizar estudio y análisis de causas de egreso de funcionarios y como estas han cambiado en relación a periodo anterior.	Realizar estudio y análisis de causas de egreso de funcionarios y como estas han cambiado en relación a periodo anterior.	Realizar estudio y análisis de causas de egreso de funcionarios y como estas han cambiado en relación a periodo anterior.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas.	Estudio y análisis anual de causas de rotación de personal.
21	Aumento de dotación de cargos de acuerdo a la incorporación de especialidades y/o especialistas, priorizando nodos críticos.	Equipo Directivo	Definir el equipo de puesta en marcha de recursos humanos.	Actualizar y validar diagnóstico de las brechas de acuerdo al modelo de recursos humanos.	Incorporar gradualmente el recurso humano y evaluar impacto.	Incorporar gradualmente el recurso humano y evaluar impacto.	Incorporar gradualmente el recurso humano y evaluar impacto.	2019-2021: El porcentaje de cargos incorporados sobre el total de cargos planificado para el periodo.	2017-2018: Resolución que conforma el equipo puesta en marcha del recurso humano. El EPH de recursos humanos actualizado y validado. Informe de evaluación.

2° Objetivo Estratégico: Contar con personal suficiente, altamente capacitado y con las competencias requeridas

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
22	Generar estrategia de retención de funcionarios	Dpto. Calidad de Vida	_____	Elaboración de un plan de retención del talento humano.	Actualizar el plan de retención del talento humano.	Actualizar el plan de retención del talento humano.	Actualizar el plan de retención del talento humano.	¿Elabora plan de retención de talento por periodo? Si-No	Documento plan de retención del talento humano.
			_____	Programar tres periodos de inducción y reinducción para los funcionarios del establecimiento.	Programar tres periodos de inducción y reinducción para los funcionarios del establecimiento.	Programar tres periodos de inducción y reinducción para los funcionarios del establecimiento.	_____	Número de jornadas ejecutadas / Número de jornadas planificadas	Reporte de Inducción. (RH2.1)
			_____	Gestionar talleres extra programáticos para los funcionarios.	Gestionar talleres extra programáticos para los funcionarios.	Gestionar talleres extra programáticos para los funcionarios.	Gestionar talleres extra programáticos para los funcionarios.	¿Se gestionan talleres extra programaticos? Si-No	_____
			_____	Generar el Plan Anual de Capacitación con temáticas atingentes al desempeño de los funcionarios.	Generar el Plan Anual de Capacitación con temáticas atingentes al desempeño de los funcionarios.	Generar el Plan Anual de Capacitación con temáticas atingentes al desempeño de los funcionarios.	Generar el Plan Anual de Capacitación con temáticas atingentes al desempeño de los funcionarios.	¿Se genera PAC según desempeño funcionario? Si-No	Plan Anual de Capacitación.
			Informar en proceso de inducción a todos los nuevos funcionarios sobre los programas de capacitación, gestión de las personas, bienestar, entre otros.	Instruir a los jefes de servicio que en el proceso de orientación en el cargo deben informar las funciones a desarrollar en su puesto de trabajo.	Instruir a los jefes de servicio que en el proceso de orientación en el cargo deben informar las funciones a desarrollar en su puesto de trabajo.	Instruir a los jefes de servicio que en el proceso de orientación en el cargo deben informar las funciones a desarrollar en su puesto de trabajo.	Instruir a los jefes de servicio que en el proceso de orientación en el cargo deben informar las funciones a desarrollar en su puesto de trabajo.	Número de funcionarios que reciben inducción / Número de Funcionarios que ingresan a la institución.	Hojas de Asistencia a procesos de inducción
			_____	Diagnosticar el clima organizacional en los funcionarios del Hospital de Curicó.	Generar plan de clima organizacional	Actualizar plan de clima organizacional.	Actualizar plan de clima organizacional.	- Resultados del Plan de Clima Organizacional	- Documento Diagnóstico de Clima Organizacional. - Plan de Clima Organizacional.

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
23	Implementar programa para abordaje y manejo de estrés, en proceso de gestión del cambio.	Dpto. Calidad de Vida	Levantar un diagnóstico de Riesgos Psicosociales en el trabajo.	Levantar un diagnóstico de Riesgos Psicosociales en el trabajo.	_____	_____	_____	Número de funcionarios que responden Cuestionario ISTAS 21 / Número total de funcionarios del corte correspondiente	Documento de Resultados de Riesgos Psicosociales en el Trabajo.
			Desarrollar un plan de trabajo de Gestión del Cambio.	Difundir plan de trabajo de Gestión del Cambio.	_____	_____	_____	_____	Documento plan de trabajo de Gestión del Cambio.
			_____	Implementar actividades de Gestión del Cambio programadas en el plan.	Actualizar e implementar actividades de Gestión del Cambio programadas en el plan.	Actualizar e implementar actividades de Gestión del Cambio programadas en el plan.	Actualizar e implementar actividades de Gestión del Cambio programadas en el plan.	_____	Carta Gantt de seguimiento actividades de Gestión del Cambio.
			_____	Programar en PAC actividad de Gestión del Cambio.	Programar en PAC actividades de afrontamiento al estrés y Gestión del Cambio.	Programar en PAC actividades de afrontamiento al estrés y Gestión del Cambio.	Programar en PAC actividades de afrontamiento al estrés y Gestión del Cambio.	Número de actividades del PAC relacionadas con afrontamiento al Estrés y/o Gestión del Cambio / Número total de actividades PAC.	- Carta Gantt PAC - Fotografías de actividades del PAC.

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
24	Avanzar en la acreditación de la sala cuna.	Dpto. Calidad de Vida	Evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación, a Sala Cuna y Jardín Infantil "Los Siete Enanitos" del Hospital de Curicó.	Evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación, a Sala Cuna y Jardín Infantil "Los Siete Enanitos" del Hospital de Curicó	Evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación, a Sala Cuna y Jardín Infantil "Los Siete Enanitos" del Hospital de Curicó.	Evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación, a Sala Cuna y Jardín Infantil "Los Siete Enanitos" del Hospital de Curicó.	Evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación, a Sala Cuna y Jardín Infantil "Los Siete Enanitos" del Hospital de Curicó.	Porcentaje de cumplimiento de evaluación de JUNJI o Superintendencia de Educación, sobre un 76%.	Documento de resultado de evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación.
			Establecer un plan de mejora para cumplir con estándares exigidos a la educación parvularia.	Seguimiento del plan de mejora del año anterior para disminuir brechas.	Seguimiento del plan de mejora del año anterior para disminuir brechas.	Seguimiento del plan de mejora del año anterior para disminuir brechas.	Seguimiento del plan de mejora del año anterior para disminuir brechas.	Porcentaje de cumplimiento de evaluación de JUNJI o Superintendencia de Educación, sobre un 76%.	Documento de resultado de evaluación de organismo correspondiente: JUNJI o Superintendencia de Educación.
25	Asignar atenciones médicas suficientes y oportunas para los funcionarios.	Dpto. Calidad de Vida	_____	Establecer en las agendas médicas los cupos de atenciones programadas para el año.	Establecer en las agendas médicas los cupos de atenciones programadas para el año.	Establecer en las agendas médicas los cupos de atenciones programadas para el año.	Establecer en las agendas médicas los cupos de atenciones programadas para el año.	Número de Horas medicas establecidas para funcionarios	- Informe estadístico de atenciones a funcionarios(as) - Copia de exámenes realizados - Planilla Excel
			Gestionar cupos de atenciones médicas y de especialidades dirigidos a funcionarios(as) para el año 2018.	Ampliar cupos para atención con nuevas especialidades.	Ampliar cupos para atención con nuevas especialidades.	Ampliar cupos para atención con nuevas especialidades.	Ampliar cupos para atención con nuevas especialidades.	Número de cupos asignados a la atención de funcionarios(as) / Número de cupos programados	
			_____	Gestionar cupos para la realización de procedimientos y exámenes médicos.	Ampliar cupos para nuevos procedimientos y exámenes médicos.	Ampliar cupos para nuevos procedimientos y exámenes médicos.	Ampliar cupos para nuevos procedimientos y exámenes médicos.	Número de exámenes y procedimientos realizado / Número de exámenes y procedimientos solicitados	
			_____	_____	_____	Realización de procedimientos y exámenes médicos conforme a lo programado	Realización de procedimientos y exámenes médicos conforme a lo programado		
			Gestionar listas de espera de funcionarios(as).	Gestionar listas de espera de funcionarios(as).	Gestionar listas de espera de funcionarios(as).	Gestionar listas de espera de funcionarios(as).	Gestionar listas de espera de funcionarios(as).	Número de funcionarios(as) resueltos en lista de espera / Número total de funcionarios en lista de espera	

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
26	Diseñar estrategia de estímulo y reconocimiento para los funcionarios y/o equipos de trabajo.	Equipo Directivo	Elaborar plan de Clima Laboral.	Elaborar plan de Clima Laboral.	Elaborar plan de Clima Laboral.	Elaborar plan de Clima Laboral.	Elaborar plan de Clima Laboral.	Porcentaje tareas plan de Clima Laboral implementadas por periodo	Plan de Clima Laboral.
			Levantar un diagnóstico de actividades que se realizan actualmente en la institución, relacionadas con el estímulo y reconocimiento funcionario.	Incluir en Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales un área específica de estímulo y reconocimiento funcionario.	Incluir en Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales un área específica de estímulo y reconocimiento funcionario.	Incluir en Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales un área específica de estímulo y reconocimiento funcionario.	Incluir en Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales un área específica de estímulo y reconocimiento funcionario.	Número de actividades propuestas de estímulo y reconocimiento en Plan de Buenas Prácticas Laborales / Número de actividades ejecutadas de estímulo y reconocimiento en Plan de Buenas Prácticas Laborales	- Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales. - Correos masivos o afiches u otros.
				Implementar las actividades propuestas en el plan.	Implementar las actividades propuestas en el plan.	Implementar las actividades propuestas en el plan.	Implementar las actividades propuestas en el plan.		
27	Actualizar el manual de procedimientos del proceso calificatorio.	Dpto. Gestión de las Personas	Actualizar manual de procedimientos del proceso calificatorio.	_____	_____	Actualizar el manual de procedimiento del proceso calificatorio.	_____	Porcentaje de tareas realizadas sobre las comprometidas para el periodo.	Manual de proceso calificatorio.
			Difundir contenidos de Manual de Procedimientos de proceso calificatorio.	Difundir contenidos a los nuevos jefes de servicio y reforzar los contenidos en los jefes ya existentes.	Difundir contenidos a los nuevos jefes de servicio y reforzar los contenidos en los jefes ya existentes.	Difundir contenidos a los nuevos jefes de servicio y reforzar los contenidos en los jefes ya existentes.	Difundir contenidos a los nuevos jefes de servicio y reforzar los contenidos en los jefes ya existentes.	Porcentaje de jefaturas capacitadas.	Informe que dé cuenta de jefaturas capacitadas.
28	Instalar reuniones periódicas multi estamentales de trabajo.	Equipo Directivo	Planificar reuniones 2019	Planificación reuniones 2020.	Planificación reuniones 2021.	Planificación reuniones 2022.	_____	Número de servicios que realice reuniones periódicas multi estamentales / Número total de servicios.	Informe de estado actual de reuniones de servicios.
			_____	Ejecución de las reuniones programadas	Ejecución de las reuniones programadas	Ejecución de las reuniones programadas	Ejecución de las reuniones programadas		

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
28	Instalar reuniones periódicas multi estamentales de trabajo.	Equipo Directivo	Evaluar en los distintos servicios la realización de reuniones de cualquier tipo.	Difundir de manera amplia el Modelo de Reuniones a todas las jefaturas de la institución.	Realizar seguimiento de servicios que están aplicando reuniones de acuerdo al modelo actualizado.	Realizar seguimiento de servicios que están aplicando reuniones de acuerdo al modelo actualizado.	Realizar seguimiento de servicios que están aplicando reuniones de acuerdo al modelo actualizado.	Número de servicios que realice reuniones periódicas multi estamentales utilizando el Modelo de Reuniones / Número total de servicios.	Documento actualizado de Modelo de Reuniones.
			Generar un modelo de Reuniones actualizado, que dé respuesta a las distintas necesidades de las unidades del hospital.	Implementar reuniones técnicas en aquellos servicios que requieran asesoría y que no estén realizando las mismas.	Implementar reuniones técnicas en aquellos servicios que requieran asesoría y que no estén realizando las mismas.	Implementar reuniones técnicas en aquellos servicios que requieran asesoría y que no estén realizando las mismas.	Implementar reuniones técnicas en aquellos servicios que requieran asesoría y que no estén realizando las mismas.		
29	Desarrollar planes de buen trato interno entre estamentos y funcionarios.	Dpto. Calidad de Vida	Mantener reuniones periódicas de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales.	Mantener reuniones periódicas de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales.	Mantener reuniones periódicas de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales.	Mantener reuniones periódicas de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales.	Mantener reuniones periódicas de la Comisión de Trabajo sobre Buenas Prácticas Laborales.	Número de actividades de buen trato interno entre estamentos y funcionarios / Número de actividades del plan de Buenas Prácticas Laborales y/o Clima Organizacional.	- Correo electrónico masivo y/o publicación en página web. - Documento Plan de Buenas Prácticas Laborales Y/o Clima Organizacional del año correspondiente. - Fotografía de actividades. - Listas de asistencia reuniones de Comisión de Trabajo sobre buenas prácticas laborales.
			Incluir en el Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o clima Organizacional actividades que permitan desarrollar el buen trato entre estamentos y funcionarios.	Incluir en el Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o clima Organizacional 2018 actividades que permitan desarrollar el buen trato entre estamentos y funcionarios.	Incluir en el Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o clima Organizacional 2019 actividades que permitan desarrollar el buen trato entre estamentos y funcionarios.	Incluir en el Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o clima Organizacional 2020 actividades que permitan desarrollar el buen trato entre estamentos y funcionarios.	Incluir en el Plan de Buenas Prácticas Laborales y/o clima Organizacional 2021 actividades que permitan desarrollar el buen trato entre estamentos y funcionarios.		
			Difundir Política de Buen Trato Laboral del SSMaule los funcionarios del Hospital de Curicó.	Ejecutar campaña comunicacional sobre el buen trato entre funcionarios y estamentos de la institución.	_____	_____	_____		

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
29	Desarrollar planes de buen trato interno entre estamentos y funcionarios.	Dpto. Calidad de Vida	Realizar diagnóstico de Clima Organizacional en la institución.	Generar intervenciones de acuerdo a resultados obtenidos en la evaluación de Clima Organizacional en el Hospital.	Generar intervenciones de acuerdo a resultados obtenidos en la evaluación de Clima Organizacional en el Hospital.	Evaluación de resultados de intervenciones en Clima Organizacional.	Evaluación de resultados de intervenciones en Clima Organizacional.	Número de funcionarios que participan del diagnóstico de Clima Organizacional / Número de funcionarios al corte correspondiente	- Informe de Resultados Diagnóstico de clima Organizacional 2018. - Fotografía de actividades.
30	Establecer programa de resolución de brechas ergonométricas y espacios saludables para el descanso de las áreas clínicas, según sus responsabilidades y carga de trabajo.	Dpto. Calidad de Vida	Incorporar y socializar la ley 19.404.	Informar a jefes de servicios y funcionarios(as) sobre Ley 19.404 y su postulación.	Informar a jefes de servicios y funcionarios(as) sobre Ley 19.404 y su postulación.	_____	_____	- Número de puestos calificados trabajo pesado / Número total de puestos postulados - Número de insumos ergonómicos adquiridos / Número de insumos requeridos	- Informes técnicos. - Calificaciones CEN. - Órdenes compra, fotografías. - Informe técnico con documento formal.
			Evaluar brechas ergonómicas de los puestos de trabajo del CRS.	Evaluar brechas ergonómicas de los puestos de trabajo del Hospital.	Actualizar brechas ergonómicas.	_____	_____		
			Adquirir el 25% de los insumos ergonómicos del CRS.	Adquirir el 50% de los insumos ergonómicos del CRS y Hospital.	Adquirir el 75% de los insumos ergonómicos del CRS y Hospital.	Adquirir el 90% de los insumos ergonómicos del CRS y Hospital.	Adquirir el 100% de los insumos ergonómicos del CRS y Hospital.		
			_____	_____	Realizar diagnóstico de necesidades en los servicios clínicos, para crear espacios de descanso saludables	Adquirir 90% de insumos requeridos del Establecimiento	Adquirir 100% de insumos requeridos del Establecimiento		
31	Implementar pausas saludables y actividades de autocuidado por equipos de trabajo.	Dpto. Calidad de Vida	Requerimiento al organismo administrador para efectuar pausas saludables.	Requerimiento al organismo administrador para efectuar pausas saludables.	Requerimiento al organismo administrador para efectuar pausas saludables.	Requerimiento al organismo administrador para efectuar pausas saludables.	Requerimiento al organismo administrador para efectuar pausas saludables.	Número de solicitudes aceptadas / Número total solicitudes enviadas	Documento oficial

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
31	Implementar pausas saludables y actividades de autocuidado por equipos de trabajo.	Dpto. Calidad de Vida	Contratación de Profesional Kinesiólogo para el área de Salud Ocupacional.	Solicitar a la Dirección del establecimiento la contratación permanente de Profesional Kinesiólogo para el área de Salud Ocupacional.	Asignar a un funcionario con resolución, por servicio, para el cumplimiento y seguimiento de las pausas saludables.	Ejecución de pausas saludables por funcionarios designados.	Ejecución de pausas saludables por funcionarios designados.	- Número de servicios que realizan pausas saludables / Número total de servicios - Número de funcionarios con resolución por servicio / Número total de servicios - Número de computadores con programa incorporado / Número total de computadores en áreas administrativa - Número de funcionarios(as) capacitados / Número total de funcionarios(as) - Número de funcionarios(as) con EMPA / Número total de funcionarios(as)	- Ordinario, email, fotografías. - Contrato de trabajo. - Fotografías. - Resolución de encargados de Pausas por servicio. - Registro por Departamento Tecnología de la Información. - Documento oficial. - Lista de asistencia. - Planilla Excel. - Oficio.
			Realizar pausas saludables al 30% de los servicios de apoyo clínico.	Realizar pausas saludables al 70% de los servicios de apoyo clínico.	Realizar pausas saludables al 80% de los servicios de apoyo clínico.	Realizar pausas saludables al 90% de los servicios de apoyo clínico.	Realizar pausas saludables al 90% de los servicios de apoyo clínico.		
			Incorporar en todos los computadores del área administrativa programa de ejercicios compensatorios.	Realizar pausas saludables a los servicios clínicos y áreas administrativas.	Realizar pausas saludables a los servicios clínicos y áreas administrativas.	Realizar pausas saludables a los servicios clínicos y áreas administrativas.	Realizar pausas saludables a los servicios clínicos y áreas administrativas.		
			_____	Sensibilizar en la práctica diaria de ejercicios compensatorios en el área administrativa.	Sensibilizar en la práctica diaria de ejercicios compensatorios en el área administrativa.	Sensibilizar en la práctica diaria de ejercicios compensatorios en el área administrativa.	Sensibilizar en la práctica diaria de ejercicios compensatorios en el área administrativa.		
			Incorporar capacitación en temática de autocuidado y Salud Ocupacional en PAC.	Incorporar capacitación en temática de autocuidado y Salud Ocupacional en PAC.	Incorporar capacitación en temática de autocuidado y Salud Ocupacional en PAC.	Incorporar capacitación en temática de autocuidado y Salud Ocupacional en PAC.	Incorporar capacitación en temática de autocuidado y Salud Ocupacional en PAC.		
			Realización EMPA a los funcionarios.	Realización EMPA a los funcionarios	Realización EMPA a los funcionarios	Realización EMPA a los funcionarios	Realización EMPA a los funcionarios		
			_____	Solicitar recursos económicos al SSMaule, para efectuar actividades de esparcimiento.	Solicitar recursos económicos al SSMaule, para efectuar actividades de esparcimiento.	Solicitar recursos económicos al SSMaule, para efectuar actividades de esparcimiento.	Solicitar recursos económicos al SSMaule, para efectuar actividades de esparcimiento.		

3° Objetivo Estratégico: Mantener Clima Laboral Favorable

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
32	Potenciar organizaciones formales de los funcionarios para actividades de esparcimiento.	Dpto. Calidad de Vida	Reunir a las organizaciones formales de funcionarios para generar actividades de esparcimiento y conocer principales ejes de trabajo y necesidades.	_____	Evaluar el cumplimiento del plan de trabajo del año anterior.	Evaluar el cumplimiento del plan de trabajo del año anterior.	Evaluar el cumplimiento del plan de trabajo del año anterior.	Número de actividades propuestas en el Plan / Número de actividades realizadas en el Plan	- Documento Plan de Trabajo. - Respaldo de difusiones masivas. - Listas de asistencia de reuniones. - Fotografías de actividades.
				Establecer una mesa de trabajo con las organizaciones formales de funcionarios para actividades de esparcimiento, y generar un plan de trabajo anual.	Continuidad de mesa de trabajo con las organizaciones formales de funcionarios para actividades de esparcimiento, y generar un plan de trabajo anual.	Continuidad de mesa de trabajo con las organizaciones formales de funcionarios para actividades de esparcimiento, y generar un plan de trabajo anual.	Continuidad de mesa de trabajo con las organizaciones formales de funcionarios para actividades de esparcimiento, y generar un plan de trabajo anual.		
				Difundir actividades de las respectivas agrupaciones.	Difundir actividades de las respectivas agrupaciones.	Difundir actividades de las respectivas agrupaciones.	Difundir actividades de las respectivas agrupaciones.		
				Colaborar con las actividades propuestas en el plan.	Colaborar con las actividades propuestas en el plan.	Colaborar con las actividades propuestas en el plan.	Colaborar con las actividades propuestas en el plan.		

4° Objetivo Estratégico: Fortalecer y optimizar rol de campo clínico

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
33	Mantener actualizado estudio de capacidad formadora.	U. Docencia e Investigación	Realizar estudio de capacidad formadora.	Actualizar estudio de capacidad formadora.	Actualizar estudio de capacidad formadora.	Actualizar estudio de capacidad formadora.	Actualizar estudio de capacidad formadora.	Realización de estudio por periodo.(si/no)	Estudio de capacidad formadora de cada periodo.
34	Definir protocolo de supervisión permanente del proceso asistencial docente en la institución.	U. Docencia e Investigación	Supervisar aplicación protocolos definidos periodo anterior.	Supervisar aplicación protocolos definidos periodo anterior.	Supervisar aplicación protocolos definidos periodo anterior.	Supervisar aplicación protocolos definidos periodo anterior.	Supervisar aplicación protocolos definidos periodo anterior	Porcentaje de cumplimiento del protocolo asistencial docente.	Documento que indique cumplimiento de protocolo asistencial docente.
			Supervisar aplicación protocolo asistencial docente (internos).	Supervisar aplicación protocolo asistencial docente (internos).	Supervisar aplicación protocolo asistencial docente (internos).	Supervisar aplicación protocolo asistencial docente (internos).	Supervisar aplicación protocolo asistencial docente (internos).		
35	Generar acuerdos de cooperación, transferencia tecnológica y de conocimiento con los centros formadores.	U. Docencia e Investigación	Hacer efectivos los acuerdos existentes con: Universidad de Talca, CFT Santo Tomas y Universidad e Lobaina.	Revisar nivel de cumplimiento de los acuerdos existentes.	Revisar nivel de cumplimiento de los acuerdos existentes.	Revisar nivel de cumplimiento de los acuerdos existentes.	Revisar nivel de cumplimiento de los acuerdos existentes.	- Porcentaje de cumplimiento o uso de los convenios asistenciales docentes. - Número de áreas incorporadas en cada periodo. - Incorporación del curso de ética médica en cada periodo.	- Documento que indique porcentaje de uso de los convenios docentes asistenciales. - Documento donde se de respaldo la incorporación de nuevas áreas. - Documento donde se indique la incorporación del curso de ética médica.
			_____	Evaluar la incorporación de nuevas áreas a los convenios con las instituciones de educación superior	Evaluar la incorporación de nuevas áreas a los convenios con las instituciones de educación superior	Evaluar la incorporación de nuevas áreas a los convenios con las instituciones de educación superior	Evaluar la incorporación de nuevas áreas a los convenios con las instituciones de educación superior		
			Exigir a centros formadores la incorporación de cursos de ética médica.	Exigir a centros formadores la incorporación de cursos de ética médica.	Exigir a centros formadores la incorporación de cursos de ética médica.	Exigir a centros formadores la incorporación de cursos de ética médica.	Exigir a centros formadores la incorporación de cursos de ética médica.		

9.2 Perspectiva de Procesos Internos

5° Objetivo Estratégico: Mejorar acogida y trato al usuario

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
36	Difundir permanentemente logros institucionales.	U. de Comunicaciones y OIRS	Difundir logros vía correo electrónico, diario mural, página web y publicaciones en medios de comunicación.	Difundir logros vía correo electrónico, diario mural, página web y publicaciones en medios de comunicación.	Difundir logros vía correo electrónico, diario mural, página web y publicaciones en medios de comunicación.	Difundir logros vía correo electrónico, diario mural, página web y publicaciones en medios de comunicación.	Difundir logros vía correo electrónico, diario mural, página web y publicaciones en medios de comunicación.	Número de noticias favorables y logros institucionales difundidos por periodo.	Carpeta con verificables de difusión de publicaciones y logros.
37	Generar un programa dé información continua de las actividades que realiza el Hospital.	U. de Comunicaciones y OIRS	Se generará programa de información mensual de acuerdo a las prioridades institucionales.	Se generará programa de información mensual de acuerdo a las prioridades institucionales.	Se generará programa de información mensual de acuerdo a las prioridades institucionales.	Se generará programa de información mensual de acuerdo a las prioridades institucionales.	Se generará programa de información mensual de acuerdo a las prioridades institucionales.	Porcentaje de avance del programa.	Carpeta con impresiones de las publicaciones realizadas.
38	Difundir información estratégica de la Institución.	U. de Comunicaciones y OIRS - Dpto. Planificación y Control de Gestión	Diseñar material para difundir Visión, Misión y Valores, y Organigrama.	Confección y distribución de material de información estratégica.	Reponer material dañado.	Reponer material dañado.	Reponer material dañado.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas.	- Material diseñado por OIRS. - Registro de distribución de material.
39	Implementar lugares y horarios de encuentro del equipo de salud y familiares.	Sub. G. Asistencial y Sub. Gestión del Cuidado	Incorporar en la visita del paciente hospitalizado el tiempo para que el profesional le explique su situación de salud a sus familiares.	Incorporar en la visita del paciente hospitalizado el tiempo para que el profesional le explique su situación de salud a sus familiares.!	Incorporar en la visita del paciente hospitalizado el tiempo para que el profesional le explique su situación de salud a sus familiares.!	Incorporar en la visita del paciente hospitalizado el tiempo para que el profesional le explique su situación de salud a sus familiares.!	Incorporar en la visita del paciente hospitalizado el tiempo para que el profesional le explique su situación de salud a sus familiares.!	Porcentaje de médicos con programación de tiempo asignado para informar a familiares.	Programación médica.

5° Objetivo Estratégico: Mejorar acogida y trato al usuario

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
40	Realizar acciones inclusivas para inmigrantes y discapacitados.	U. de Comunicaciones y OIRS	Diseñar e implementar plan anual de acciones inclusivas	Realizar evaluación de plan anual de acciones inclusivas.	Realizar evaluación de plan anual de acciones inclusivas.	Realizar evaluación de plan anual de acciones inclusivas.	Realizar evaluación de plan anual de acciones inclusivas.	Porcentaje de actividades realizadas sobre comprometidas.	- Plan de acciones inclusivas.
			_____	Incorporar mejoras en plan de acción.	Incorporar mejoras en plan de acción.	Incorporar mejoras en plan de acción.	Incorporar mejoras en plan de acción.	Porcentaje de mejoras incorporadas en plan.	- Plan de mejoras.
41	Difundir protocolo de atención al usuario.	U. de Comunicaciones y OIRS	Generar protocolo de atención al usuario	Difundir protocolo de atención al usuario.	Difundir protocolo de atención al usuario.	Difundir protocolo de atención al usuario.	Difundir protocolo de atención al usuario.	Porcentaje de difusiones realizadas sobre comprometidas.	- Protocolo de atención al usuario. - Programa de difusión de atención al usuario.
			_____	Evaluar aplicación de protocolo de atención al usuario.	Evaluar aplicación de protocolo de atención al usuario.	Evaluar aplicación de protocolo de atención al usuario.	Evaluar aplicación de protocolo de atención al usuario.	Realización de evaluación anual.	Cambios y mejoras realizadas.
42	Generar un manual de procedimiento con el voluntariado.	U. de Comunicaciones y OIRS	_____	Generar manual de procedimiento del voluntariado.	_____	_____	_____	Confección de manual de procedimiento del voluntariado.	Manual de procedimiento del voluntariado.
			_____	Difundir manual de procedimiento con el voluntariado.	Difundir manual de procedimiento con el voluntariado.	_____	_____		

6° Objetivo Estratégico: Mantener calidad de institución acreditada

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
43	Auto evaluación anual del cumplimiento de las características obligatorias.	U. Calidad, Seguridad y PCI	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características obligatorias.	Porcentaje de características obligatorias que se cumplen.	Informe de autoevaluación entregado al 30 de Noviembre de cada periodo.
44	Auto evaluación anual del cumplimiento de las características no obligatorias.	U. Calidad, Seguridad y PCI	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características no obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características no obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características no obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características no obligatorias.	Realizar en el mes de Octubre de cada año una autoevaluación de características no obligatorias.	Porcentaje de características no obligatorias que se cumplen.	Informe de autoevaluación entregado al 30 de Noviembre de cada periodo.
45	Generar cursos y capacitaciones en Calidad	U. Calidad, Seguridad y PCI - U. de Capacitación y Formación	Realizar cursos y capacitaciones en temas de Calidad (15 de Noviembre).	Realizar cursos y capacitaciones en temas de Calidad (15 de Noviembre).	Realizar cursos y capacitaciones en temas de Calidad (15 de Noviembre).	Realizar cursos y capacitaciones en temas de Calidad (15 de Noviembre).	Realizar cursos y capacitaciones en temas de Calidad (15 de Noviembre).	Porcentaje de funcionarios capacitados sobre total a capacitar.	Documentación donde se indica tema del curso, actas y asistencias.
46	Realizar simulacros de calidad.	U. Calidad, Seguridad y PCI	Se realizara esta actividad en un servicio por mes.	Se realizara esta actividad en un servicio por mes.	Se realizara esta actividad en un servicio por mes.	Se realizara esta actividad en un servicio por mes.	Se realizara esta actividad en un servicio por mes.	Porcentaje de cumplimiento de los diferentes servicios a constataciones realizadas.	Documento que indica cumplimiento de lo evaluado.
47	Retroalimentar los avances a cada servicio.	U. Calidad, Seguridad y PCI	Entrega mensual de consolidado con resultados de los indicadores de Gestión del Cuidado monitoreados.	Entrega mensual de consolidado con resultados de los indicadores de Gestión del Cuidado monitoreados.	Entrega mensual de consolidado con resultados de los indicadores de Gestión del Cuidado monitoreados.	Entrega mensual de consolidado con resultados de los indicadores de Gestión del Cuidado monitoreados.	Entrega mensual de consolidado con resultados de los indicadores de Gestión del Cuidado monitoreados.	Porcentaje de consolidados entregados sobre el total de consolidados.	Documento que indique entrega de consolidados.

7° Objetivo Estratégico: Optimizar los tiempos de resolución clínica

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
48	Protocolizar los tiempos de respuesta por patología y/o especialidad para cirugía, consultas, procedimientos y atenciones odontológicas.	U. de Apoyo a la Gestión Clínica	IQx <= 18 meses CNE <= 6 meses Proc. <= 6 meses Dental <= 24 meses, excepto Ortodoncia.	IQx <= 12 meses CNE <= 3 meses Proc. <= 6 meses Dental <= 6 meses, excepto Ortodoncia.	IQx <= 6 meses CNE <= 3 meses Proc. <= 3 meses Dental <= 6 meses, excepto Ortodoncia.	IQx <= 6 meses CNE <= 3 meses Proc. <= 3 meses Dental <= 6 meses, excepto Ortodoncia.	IQx <= 6 meses CNE <= 3 meses Proc. <= 3 meses - Dental <= 6 meses, excepto Ortodoncia.	Mediana de días de espera por tipo de atención.	Informe mensual Repositorio Nacional de Lista de Espera.
49	Crear la unidad de atención pre-quirúrgica.	Sub. G. Asistencial	Formar, organizar y definir funciones de la Unidad Pre-Quirúrgica. Desarrollar actividades en un proceso de marcha blanca.	Evaluar posibilidad poner en tabla al 100% de los pacientes ambulatorios y coordinar la tabla para los hospitalizados del establecimiento.	Evaluar de manera semestral funcionamiento Unidad Pre Quirúrgica	Evaluar de manera semestral funcionamiento Unidad Pre Quirúrgica	Evaluar de manera semestral funcionamiento Unidad Pre Quirúrgica	Porcentaje de pacientes ambulatorios de la Tabla Quirúrgica evaluados por la Unidad Pre-Quirúrgica.	Evaluación Periódica de la Tabla Quirúrgica.
50	Depurar las listas de espera (diferencias), análisis y citación.	U. de Apoyo a la Gestión Clínica	Revisar periódicamente las Listas de Espera y corregir anomalías.	Revisar periódicamente las Listas de Espera y corregir anomalías.	Revisar periódicamente las Listas de Espera y corregir anomalías.	Revisar periódicamente las Listas de Espera y corregir anomalías.	Revisar periódicamente las Listas de Espera y corregir anomalías.	Porcentaje de ausentismo en el Policlínico con respecto al año anterior.	Registro de prestaciones SISMAULE
51	Rediseñar el modelo de gestión de pabellones.	Sub. Gestión Asistencia, Sub. Gestión del cuidado y Jefe CR Pabellón	Reunión semanal de coordinación con todos los involucrados en la confección de la Tabla Quirúrgica.	Reunión semanal de coordinación con todos los involucrados en la confección de la Tabla Quirúrgica.	Reunión semanal de coordinación con todos los involucrados en la confección de la Tabla Quirúrgica.	Reunión semanal de coordinación con todos los involucrados en la confección de la Tabla Quirúrgica.	Reunión semanal de coordinación con todos los involucrados en la confección de la Tabla Quirúrgica.	Porcentaje de reuniones realizadas de las programadas	Actas de reuniones realizadas
			Determinar los tiempos promedio por cirugía y especialidad quirúrgica con el fin de optimizar el uso del pabellón.	Implementar la metodología de asignación de pabellones por duración de las cirugías, en las distintas especialidades quirúrgicas.	Incrementar el uso del pabellón en un 5% respecto al año anterior.	Incrementar el uso del pabellón en un 5% respecto al año anterior.	Incrementar el uso del pabellón en un 5% respecto al año anterior.	Porcentaje de incremento de cirugías programadas.	Informe mensual de pabellón en SISMaule.

8° Objetivo Estratégico: Lograr una óptima coordinación con la red de salud

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
52	Educar y difundir el modelo RISS.	U. de Coordinación en Red - U. de Comunicaciones y OIRS	Solicitar a SSMaule que pida a directores de Hospitales, Departamentos de Salud, CESFAM, médicos contralores y encargados de lista de espera, que realicen el curso de RISS (UCRA).	Solicitar a SSMaule que pida a encargados de programas (I Semestre 2018), y a la Atención Primaria restante (II Semestre 2018) realizar el curso de RISS (UCRA).	Realización de Jornadas de reactualización en los meses de Junio y Noviembre de cada año (UCRA).	Realización de jornadas de reactualización en los meses de Junio y Noviembre de cada año (UCRA).	Realización de jornadas de reactualización en los meses de Junio y Noviembre de cada año (UCRA).	Porcentaje de personas capacitadas de las que debían capacitarse.	Documento que certifique las capacitaciones realizadas.
			Generar plan de difusión anual del modelo RISS (OIRS).	Generar plan de difusión anual del modelo RISS (OIRS).	Generar plan de difusión anual del modelo RISS (OIRS).	Generar plan de difusión anual del modelo RISS (OIRS).	Generar plan de difusión anual del modelo RISS (OIRS).	Se confecciona Plan de actividades	Plan de difusión anual del modelo RISS.
			Elaborar documento educativo acerca del modelo RISS (OIRS).	Difundir modelo RISS dentro de la institución (OIRS).	Difundir modelo RISS dentro de la institución (OIRS).	Difundir modelo RISS dentro de la institución (OIRS).	Difundir modelo RISS dentro de la institución (OIRS).	Porcentaje de actividades realizadas de las programadas para difusión del modelo RISS.	Documento educativo sobre modelo RISS.
53	Definir e implementar plan de coordinación de la red asistencial bajo modelo RISS	U. de Coordinación en Red	Generar propuesta de programa de coordinación 2018-2022.	Generar propuesta de programa de coordinación 2018-2022.	Evaluar resultados del programa 2018-2022.	Evaluar resultados del programa 2018-2022.	Evaluar resultados del programa 2018-2022.	Porcentaje de actividades del programa realizadas sobre las planteadas.	- Programa de Coordinación. - Actas de asistencia a reuniones realizadas. - Documento con resultados de evaluación.
54	Evaluar pertinencia de la referencia.	U. de Coordinación en Red	Realización de reuniones mensuales para evaluar y mejorar la pertinencia.	Realización de reuniones mensuales para evaluar y mejorar la pertinencia.	Realización de reuniones mensuales para evaluar y mejorar la pertinencia.	Realización de reuniones mensuales para evaluar y mejorar la pertinencia.	Realización de reuniones mensuales para evaluar y mejorar la pertinencia.	Porcentaje de derivación no pertinente.	Informe trimestral de pertinencias.

8° Objetivo Estratégico: Lograr una óptima coordinación con la red de salud

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
54	Evaluar pertinencia de la referencia.	U. de Coordinación en Red	Actividades de capacitación mensual a equipos médicos.	Actividades de capacitación mensual a equipos médicos.	Actividades de capacitación mensual a equipos médicos.	Actividades de capacitación mensual a equipos médicos.	Actividades de capacitación mensual a equipos médicos.	Porcentaje de derivación no pertinente.	Informe trimestral de pertinencias.
			Realizar consultorías de especialidad.	Realizar consultorías de especialidad.	Realizar consultorías de especialidad.	Realizar consultorías de especialidad.	Realizar consultorías de especialidad.		
55	Realizar coordinación inter sectorial para casos sociales y de estadía prolongada	U. Gestión de Paciente y Cama	Realizar visitas a Hospitales tipo 4.	Realizar visita a Hospitales tipo 4.	Realizar visita a Hospitales tipo 4.	Realizar visita a Hospitales tipo 4.	Realizar visita a Hospitales tipo 4.	Porcentaje de reuniones realizadas sobre las pactadas.	Acta de reuniones.
			Reuniones con enfermeras Hospitales tipo 4 y centros de producción Hospital de Curicó.	Reuniones con enfermeras Hospitales tipo 4 y centros de producción Hospital de Curicó.	Reuniones con enfermeras Hospitales tipo 4 y centros de producción Hospital de Curicó.	Reuniones con enfermeras Hospitales tipo 4 y centros de producción Hospital de Curicó.	Reuniones con enfermeras Hospitales tipo 4 y centros de producción Hospital de Curicó.		
			Protocolizar traslados de pacientes con casos sociales y de estadía prolongada.	Revisar y corregir protocolos	Revisar y corregir protocolos	Revisar y corregir protocolos	Revisar y corregir protocolos	Revisar y corregir protocolos	Protocolo de traslado de pacientes.
			Evaluar aplicación de protocolos.	Evaluar aplicación de protocolos.	Evaluar aplicación de protocolos.	Evaluar aplicación de protocolos.	Evaluar aplicación de protocolos.	Porcentaje de medidas correctivas realizadas sobre las requeridas.	Documento que indique medidas correctivas a aplicar.
			Tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.	Tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.	Tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.	Tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.	Tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.		
			Hacer seguimiento a las redes de apoyo.	Hacer seguimiento a las redes de apoyo.	Hacer seguimiento a las redes de apoyo.	Hacer seguimiento a las redes de apoyo.	Hacer seguimiento a las redes de apoyo.	Porcentaje de actividades de seguimiento sobre las comprometidas.	Documento que dé cuenta del seguimiento de las redes de apoyo.
56	Disminuir los tiempos de espera de las ambulancias en servicio de urgencia del Hospital	U. de Emergencia-U. Gestión de Camas-Sub.. Gestión Asistencial	Identificar las razones por que las ambulancias de la red son "retenidas" en el servicio de Urgencia y generar estrategia de trabajo	Implementar acciones que permitan disminuir los tiempos de estadía de las ambulancias en servicios de UE.	Evaluar resultados de las estrategias implementadas y generar propuestas de mejora,	Evaluar resultados de las estrategias implementadas y generar propuestas de mejora	Evaluar resultados de las estrategias implementadas y generar propuestas de mejora	¿Se identifican las razones de la retención?(si/no) -Porcentaje de acciones implementadas de las proyectadas.	Documento de análisis de la situación. Estrategia de trabajo para disminuir los tiempos.

9° Objetivo Estratégico: Optimizar procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
57	Implementar y evaluar acuerdos de nivel de servicio entre unidades.	Sub. G. Asistencial - Sub. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Identificar procesos vinculantes entre unidades priorizadas y unidades de apoyo.	Desarrollo de acuerdos de nivel de servicio derivados de los hallazgos del proceso anterior.	Desarrollo de acuerdos de nivel de servicio derivados de los hallazgos del proceso anterior.	Desarrollo de acuerdos de nivel de servicio derivados de los hallazgos del proceso anterior.	_____	Se realizó análisis de procesos vinculados por periodo(si/no)	- Informe que indique procesos vinculantes identificados para cada área a analizar. - Documento que indique SLA, aprobados en cada periodo.
			_____	Confección del 25% de los SLA totales.	Confección del 50% de los SLA totales.	Confección del 75% de los SLA totales.	100% acuerdos de nivel de servicio desarrollo y 80% de acuerdos implementados.	Porcentaje de SLA desarrollados del total de SLA identificados en periodo anterior.	
58	Construir y aplicar protocolos de derivación dentro y fuera de la Macro Red.	U. de Coordinación en Red	Identificar aquellas patologías de mayor complejidad o recurrencia a ser derivadas dentro de la macro red.	Definir con la red regional los protocolos de derivación de la macro red.	Comenzar confección de protocolos de derivación dentro de la macro red.	Alcanzar 50% de protocolos de derivación de la macro red confeccionados y en marcha.	Alcanzar 100% de protocolos de derivación de la macro red confeccionados y en marcha.	- Realiza Documento donde se identifican las patologías de mayor complejidad o demanda (Si/No). - % de Avance en confección de protocolos.	- Documento que informa patologías de mayor complejidad y/o Dda. - Protocolos confeccionados y sancionados.
59	Construir un sistema de trazabilidad de exámenes en línea intra y extra sistema	Sub. Apoyo Diagnóstico y terapéutico - Sub. G. de la Información	Identificar con informática con claridad los requerimientos.	_____	Marcha blanca sistema de trazabilidad de exámenes en línea.	Puesta en marcha trazabilidad de exámenes en línea.	Puesta en marcha trazabilidad de exámenes en línea.	- Porcentaje de avance de lo propuesto por periodo. - Porcentaje de avance en la confección del sistema.	- Documentos que verifiquen realización de tareas.
			Identificar metodología para desarrollar el modelo.	Confección de sistema.	Evaluación de resultados obtenidos e implementación de las correcciones necesarias.	Evaluación de resultados obtenidos e implementación de las correcciones necesarias.	Evaluación resultados periodo anterior.		

9° Objetivo Estratégico: Optimizar procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
60	Establecer el mecanismo para disponer de los exámenes que no son parte de la cartera de servicio.	Sub. Apoyo Diagnóstico y terapéutico	Identificar aquellos exámenes que presentan alta demanda o recurrencia y que no son de la cartera de servicios.	Desarrollo de estrategia para disponibilizar los exámenes, según lo acordado en periodo anterior.	Evaluar metodología para disponibilizar los exámenes que no se encuentran en la cartera de servicios.	Evaluar metodología para disponibilizar los exámenes que no se encuentran en la cartera de servicios.	Evaluar metodología para disponibilizar los exámenes que no se encuentran en la cartera de servicios.	Porcentaje de exámenes disponibles que no corresponden a la cartera de servicios.	Actas y documentos que respalden realización de tareas y evaluaciones.
			Definir estrategia para disponer de los exámenes.	Definir estrategia para disponer de los exámenes.	Generar Correcciones necesarias.	Generar Correcciones necesarias.	Generar Correcciones necesarias.		
61	Identificar las patologías más prevalentes y demandadas por la red	Sub. G. Asistencial	Generar un estudio que permita identificar la patologías de mayor prevalencia	Actualizar estudio que permita identificar la patologías de mayor prevalencia	Actualizar estudio que permita identificar la patologías de mayor prevalencia	Actualizar estudio que permita identificar la patologías de mayor prevalencia	Actualizar un estudio que permita identificar la patologías de mayor prevalencia	¿Se realiza estudio y actualización dentro del periodo?(si/no)	Estudio realizado cada año
62	Implementar dentro del modelo RISS los flujos y requerimientos de atención por patología o mayor prevalencia.	Sub. G. Asistencial - U. de Coordinación en Red	Identificar aquellas patologías de mayor complejidad y/o demanda.	Definir 25% los flujos provinciales de patologías de mayor complejidad y/o demanda.	Definir 50% los flujos provinciales de patologías de mayor complejidad y/o demanda.	Definir 75% los flujos provinciales de patologías de mayor complejidad y/o demanda.	Definir 100% los flujos provinciales de patologías de mayor complejidad y/o demanda.	Porcentaje de avance en confección de protocolos.	Documento patologías de mayor complejidad y/o demanda.
63	Paquetizar medicamentos e insumos por patologías Quirúrgicas.	Sub. G. Asistencial - Sub. G. del Cuidado	Identificar las patologías quirúrgicas más frecuentes.	Establecer los insumos y medicamentos utilizados en las patologías quirúrgicas más frecuentes, que representen al menos el 80% del total de las intervenciones.	Estandarización de utilización de insumos y medicamentos por patologías quirúrgicas más frecuentes, que representen al menos el 50% del total de las intervenciones.	Estandarización de utilización de insumos y medicamentos por patologías quirúrgicas más frecuentes, que representen al menos el 70% del total de las intervenciones.	Estandarización de utilización de insumos y/o medicamentos por patologías quirúrgicas más frecuentes, que representen al menos el 90% del total de las intervenciones.	Porcentaje de Estandarización de Insumos y Medicamentos.	Reportes Propios.

9° Objetivo Estratégico: Optimizar procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
64	Confeccionar Guías Clínicas	Equipo Directivo	Definir formato de guías clínicas, criterios de priorización y recursos necesarios para su desarrollo.	Desarrollar guías clínicas (20%).	Desarrollar guías clínicas (40%).	Desarrollar guías clínicas (60%).	Desarrollar guías clínicas (100%).	Porcentaje de guías clínicas desarrolladas.	Guías clínicas desarrolladas.
65	Implementar programa de hospitales verdes, reciclaje tecnológico.	U. Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental - U. de Comunicaciones y OIRS	Generar programa de trabajo anual para implementar estrategia de Hospitales verdes.	Generar programa de trabajo anual para implementar estrategia de Hospitales Verdes.	Generar programa de trabajo anual para implementar estrategia de Hospitales Verdes.	Generar programa de trabajo anual para implementar estrategia de Hospitales Verdes.	Generar programa de trabajo anual para implementar estrategia de Hospitales Verdes.	Realización de programa anual.	Programa de trabajo anual de Hospitales verdes.
			Implementar y difundir programa de Hospitales Verdes.	Implementar y difundir programa de Hospitales Verdes.	Implementar y difundir programa de Hospitales Verdes.	Implementar y difundir programa de Hospitales Verdes.	Implementar y difundir programa de Hospitales Verdes.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las planificadas.	Documentos o información que certifique la realización de las actividades planificadas.
			Diseño anual del plan de Gestión Ambiental.	Diseño anual del plan de Gestión Ambiental.	Diseño anual del plan de Gestión Ambiental.	Diseño anual del plan de Gestión Ambiental.	Diseño anual del plan de Gestión Ambiental.	Realización de plan anual.	Plan de Gestión Ambiental.
			Implementación de tareas indicadas en el Plan.	Implementación de tareas indicadas en el Plan.	Implementación de tareas indicadas en el Plan.	Implementación de tareas indicadas en el Plan.	Implementación de tareas indicadas en el Plan.	Porcentaje del total de tareas que fueron implementadas.	Carpeta de documentos que acredite ejecución del plan.

10° Objetivo Estratégico: Mejorar de manera continua los procesos internos

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
66	Confeccionar, implementar, evaluar y difundir la herramienta de Matriz de Riesgo.	Dpto. Planificación y Control de Gestión	Implementar Control Proceso de Gestión de riesgo áreas diseñadas 2017.	Implementar Control Proceso de Gestión de riesgo áreas diseñadas 2018.	Implementar Control Proceso de Gestión de riesgo áreas diseñadas 2019.	Implementar Control Proceso de Gestión de riesgo áreas diseñadas 2020.	Implementar Control Proceso de Gestión de riesgo áreas diseñadas 2021	Porcentaje de cumplimiento de los compromisos y tareas asumidas para cada periodo.	Documento que contenga matriz de riesgo de las áreas indicadas
			Confección Matriz de riesgo: Farmacia, Esterilización, Central de Distribución, Administración de Contratos, Adquisiciones.	Confección Matriz de riesgo: Áreas Priorizadas	Confección Matriz de riesgo: Áreas Priorizadas.	Confección Matriz de riesgo: Áreas Priorizadas.	Confección Matriz de riesgo Áreas faltantes.		
67	Confección y actualización de manuales de organización y procedimientos.	Dpto. Planificación y Control de Gestión	Confección Manuales de Organización y Procedimiento todas los Departamentos, Unidades y Servicios.	———	Revisión de Manuales de Organización y Procedimiento.	Actualización de Manuales de Organización y Procedimiento.	Actualización de Manuales de Organización y Procedimiento.	Porcentaje de avance según planificado en cada periodo.	- Manuales de Organización según porcentaje de avances indicados
68	Implementar modelamiento visual en los diagramas de flujo.	Dpto. Planificación y Control de Gestión	Capacitar funcionarios en metodología de modelamiento visual.	Aplicar Modelamiento Visual en los procesos.	Aplicar Modelamiento Visual en los procesos.	Aplicar Modelamiento Visual en los procesos.	Aplicar Modelamiento Visual en los procesos.	Porcentaje de procesos modelados con metodología visual.	Flujos desarrollados por medio de modelamiento visual
69	Socializar el modelo de gestión del Hospital.	U. de Comunicaciones y OIRS	Recopilar información sobre el modelo de gestión y Difundir externa e internamente el modelo de gestión	Evaluar modelo de gestión del nuevo del Hospital.	Difundir el modelo de gestión	Difundir el modelo de gestión	Difundir el modelo de gestión	- Recopilar información sobre el modelo de gestión (si/no) - Realiza actividad para difundir modelo de gestión	- Carpeta de recopilación de información modelo de gestión

10° Objetivo Estratégico: Mejorar de manera continua los procesos internos

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
70	Implementar y monitorear Planificación Estratégica, Matriz de Riesgo, Tablero General.	Dpto. Planificación y Control de Gestión	Levantar herramienta Planificación estratégica, Matriz de Gestión de Riesgo, Tablero General Versión web. Levantar plataforma para monitorear las herramientas.	Monitoreo de planificación estratégica, matriz de riesgos y producción del periodo, y análisis de resultados.	Monitoreo de planificación estratégica, matriz de riesgos y producción del periodo, y análisis de resultados.	Monitoreo de planificación estratégica, matriz de riesgos y producción del periodo, y análisis de resultados.	Monitoreo de planificación estratégica, matriz de riesgos y producción del periodo, y análisis de resultados.	Porcentaje de información actualizada.	Plataformas web de monitoreo de Panificación estratégica, Gestión de Riesgo y Tablero General
71	Insertar el modelo de mejora continua y gestión de calidad como soporte de la Planificación Estratégica y Gestión de Riesgos.	Dpto. Planificación y Control de Gestión - U. Calidad, Seguridad y PCI	Realizar capacitaciones en modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Realizar capacitaciones en modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Realizar capacitaciones en modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Realizar capacitaciones en modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Realizar capacitaciones en modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Porcentaje de capacitaciones realizadas de las programadas. Porcentaje de unidades donde se ha implementado el modelo.	Asistencia a capacitaciones.
			Implementar modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Implementar modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Implementar modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Implementar modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.	Implementar modelo de Mejora Continua y Gestión de Calidad.		
72	Definir polos de desarrollo de la cartera de servicios, en las distintas especialidades y de las unidades de apoyo.	Equipo Directivo	Actualizar cartera de servicios y presentación al CIRA.	Actualizar cartera de servicios y presentación al CIRA.	Actualizar cartera de servicios y presentación al CIRA.	Actualizar cartera de servicios y presentación al CIRA.	Actualizar cartera de servicios y presentación al CIRA.	Realización de revisión y actualización de la cartera de servicio del periodo.	Resolución que indique la cartera de servicio validada para el periodo.
73	Formalizar y actualizar la cartera de servicios.	Equipo Directivo	Establecer comité para análisis de la cartera de servicios.	Establecer comité para análisis de la cartera de servicios.	Establecer comité para análisis de la cartera de servicios.	Establecer comité para análisis de la cartera de servicios.	Establecer comité para análisis de la cartera de servicios.	Realización de revisión y actualización de la cartera de servicio del periodo.	Resolución que indique la cartera de servicio validada para el periodo.

11° Objetivo Estratégico: Maximizar la recuperación de ingresos propios

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
74	Establecer una unidad de atención de pacientes particulares.	Sub. Administrativa	Licitación del servicio e iniciar evaluación de fuincionamiento	Evaluar funcionamiento.	Evaluar funcionamiento.	Evaluar funcionamiento.	Evaluar funcionamiento.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas para cada periodo.	Documento que indique número de la licitación y acta de adjudicación.
			Contratación del personal y puesta en marcha y Realizar la incorporación de medidas correctivas.	Realización de incorporación de medidas correctivas.	Realización de incorporación de medidas correctivas.	Realización de incorporación de medidas correctivas.	Realización de incorporación de medidas correctivas.		- Documento que indique contratación de los funcionarios. -Documento anual que indique evaluación de avances e incorporación de medidas correctivas.
75	Protocolizar la unidad de recuperación de ingresos por concepto de accidentes laborales, escolares y de tránsito.	Dpto. Recursos Financieros	Implementación de unidad	Evaluar funcionamiento de la unidad.	Evaluar funcionamiento de la unidad.	Evaluar funcionamiento de la unidad.	Evaluar funcionamiento de la unidad.	Porcentaje de tareas realizadas sobre las comprometidas para cada periodo.	- Acta de puesta en marcha de la unidad. - Acta de evaluación de funcionamiento de la unidad.
			Generación de Manual de Organización y procedimientos.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.		- Documento de correcciones realizadas.
76	Generar manual de recaudación de ingreso.	Dpto. Recursos Financieros	Generar Manual de Recaudación de ingresos.	Evaluar funcionamiento de Manual de Recaudación.	Evaluar funcionamiento de Manual de Recaudación.	Evaluar funcionamiento de Manual de Recaudación.	Evaluar funcionamiento de Manual de Recaudación.	Porcentaje de tareas realizadas sobre las comprometidas para cada periodo.	- Manual de recaudación. - Evaluaciones de cada periodo.
			Difundir Manual de Recaudación de ingresos.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.	Generar correcciones necesarias.		Documento que indique correcciones realizadas.
77	Establecer convenios con instituciones (ISAPRE)	Dpto. Recursos Financieros	Generar e Implementar convenios con ISAPRES.	Evaluar funcionamiento y generar correcciones necesarias.	Evaluar funcionamiento y generar correcciones necesarias.	Evaluar funcionamiento y generar correcciones necesarias	Evaluar funcionamiento y generar correcciones necesarias.	Porcentaje de tareas realizadas sobre las comprometidas para cada periodo.	- Convenios con ISAPRE. - Actas de evaluación de funcionamiento.

12° Objetivo Estratégico: Contar con equipos e infraestructura conforme a cartera de servicios actualizada

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
78	Disponer e implementar de un programa de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura.	Dpto. Equipos Hospitalarios - Dpto. Obras Civiles	Implementar programa de mantenimiento de equipos críticos.	Implementar programa de mantenimiento de equipos críticos y de apoyo.	Implementar programa de mantenimiento de equipos críticos y de apoyo.	Implementar programa de mantenimiento de equipos críticos y de apoyo.	Implementar programa de mantenimiento de equipos críticos y de apoyo.	Porcentaje de equipos donde se realiza mantenimiento preventivo.	Carpetas de mantenimiento.
79	Identificación continua de las brechas en equipamiento e infraestructura.	Dpto. Equipos Hospitalarios - Dpto. Obras Civiles	Generación de informe de cumplimiento de vida útil de los equipos.	Generación de informe de cumplimiento de vida útil de los equipos.	Generación de informe de cumplimiento de vida útil de los equipos.	Generación de informe de cumplimiento de vida útil de los equipos.	Generación de informe de cumplimiento de vida útil de los equipos.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas.	Informe anual de Vida Útil y de brechas de equipos.
			Generación de brecha de equipos.	Generación de brecha de equipos.	Generación de brecha de equipos.	Generación de brecha de equipos.	Generación de brecha de equipos.		
80	Desarrollar un programa de reposición de equipamiento según vida útil, con participación de los usuarios internos.	Dpto. Equipos Hospitalarios	Generar programa de reposición de equipamientos según prioridades y requerimientos.	Generar programa de reposición de equipamientos según prioridades y requerimientos.	Generar programa de reposición de equipamientos según prioridades y requerimientos.	Generar programa de reposición de equipamientos según prioridades y requerimientos.	Generar programa de reposición de equipamientos según prioridades y requerimientos.	Porcentaje de equipos repuestos sobre los solicitados.	- Programas de reposición de equipos. - Documentos de licitaciones asociadas.
81	Implementar plan de puesta en marcha de equipamiento nuevo.	U. Coordinación Proyecto Nuevo Hospital	Implementar Unidad de Coordinación de Nuevo Hospital.	_____	_____	_____	_____	_____	Documento que indique la implementación de la Unidad de Coordinación de Nuevo Hospital.
			Definir tareas a desarrollar por Unidad de Coordinación de Nuevo Hospital.	Plantear programa de trabajo año 2019.	Plantear programa de trabajo año 2020.	Plantear programa de trabajo año 2021.	Plantear programa de trabajo año 2022.	_____	Documento que indique propuestas a desarrollar para el nuevo periodo.
			_____	Evaluar avances en tareas propuestas para el periodo.	Evaluar avances en tareas propuestas para el periodo.	Evaluar avances en tareas propuestas para el periodo.	Evaluar avances en tareas propuestas para el periodo.	Porcentaje de tareas realizadas de las programadas.	Documento que indique avances alcanzados.

12° Objetivo Estratégico: Contar con equipos e infraestructura conforme a cartera de servicios actualizada

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
82	Levantar y desarrollar cartera de proyectos identificando diferentes fuentes de financiamiento.	U. de Proyectos	Implementar unidad de proyectos.	Levantar y desarrollar cartera de proyectos requeridos.	Levantar y desarrollar cartera de proyectos requeridos.	Levantar y desarrollar cartera de proyectos requeridos.	Levantar y desarrollar cartera de proyectos requeridos.	Porcentaje de proyectos aprobados de los requeridos por periodo.	- Carpeta con antecedentes de cada proyecto.
83	Postulación conjunta del Hospital y la Universidad a proyecto de equipamiento de gran financiamiento.	U. Docencia e Investigación - U. de Proyectos	Generar acuerdos con centros formadores para implementar Unidad de Proyectos Hospitalarios.	Generar acuerdos con centros formadores para implementar Unidad de Proyectos Hospitalarios.	Generar acuerdos con centros formadores para implementar Unidad de Proyectos Hospitalarios.	Generar acuerdos con centros formadores para implementar Unidad de Proyectos Hospitalarios.	Generar acuerdos con centros formadores para implementar Unidad de Proyectos Hospitalarios.	Porcentaje de proyectos con RS de los proyectos postulados.	- Documento que indique acuerdo con centros formadores. - Carpeta de proyectos con RS.

9.3 Perspectiva Financiera

13° Objetivo Estratégico: Optimizar costos operacionales

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
84	Implementar un sistema de distribución y dispensación de suministros para la institución.	Dpto. Central de Distribución	Enviar memo solicitando necesidades mensuales de cada servicio	Definir stock y lugar de almacenamiento de los productos de cada servicio (Semestre I).	Establecer con las otras unidades de apoyo la periodicidad de la distribución de sus productos (Semestre I).	_____	_____	- Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas para el periodo.	- Memo que solicita información de cada unidad (anual).
			Establecer necesidades mensuales de cada producto por servicio (stock máximo y mínimo)	Implementar sistema de entrega de productos por lote y fecha de vencimiento (Semestre I).	Reponer uso de Omnicelles	100% uso de Omnicelles	100% uso de Omnicelles	- Porcentaje de Omnicell en uso.	- Documento que indique las necesidades detectadas.
			Implementar procedimiento de monitoreo de stock en los servicios (actividad recurrente)	Ordenar la distribución y almacenamiento en las bodegas cumpliendo normas y estándares de calidad y seguridad.	Supervisar distribución y almacenamiento en las bodegas cumpliendo normas y estándares de calidad y seguridad.	Supervisar distribución y almacenamiento en las bodegas cumpliendo normas y estándares de calidad y seguridad.	Supervisar distribución y almacenamiento en las bodegas cumpliendo normas y estándares de calidad y seguridad.	- Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas para el periodo.	- Documento de catastro de los Omnicell.
			Establecer horarios de reposición.	Establecer sistema de reposición en horario inhábil (Semestre II).	Evaluar cumplimiento de sistema de reposición en horarios establecidos	Evaluar cumplimiento de sistema de reposición en horarios establecidos	Evaluar cumplimiento de sistema de reposición en horarios establecidos	- Porcentaje de Omnicell en uso.	- Documento que indique porcentaje de Omnicell en funcionamiento.
			Definir el estado actual de cada uno de los Omnicell.	dejar operativos todos los Omnicell (Semestre I).	_____	_____	_____	Porcentaje de de Omnicells Operativos	- Documento que indique necesidades de requerimientos para implementar nuevo modelo de funcionamiento.

13° Objetivo Estratégico: Optimizar costos operacionales

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
84	Implementar un sistema de distribución y dispensación de suministros para la institución.	Dpto. Central de Distribución	Definir el personal necesario para implementar sistema de distribución a los servicios (Semestre I).	Generar los ajustes de personal requeridos para implementar un óptimo sistema de distribución de suministros.	_____	_____	_____	Se realizan las tareas asociadas al periodo (si/no)	Informe que dé cuenta de las tareas desarrolladas
			Generar los ajustes de personal requeridos para implementar un óptimo sistema de distribución de suministros.(semestre II)	Incorporar dotación necesaria para óptimo funcionamiento de sistema de distribución	Realizar los ajustes de dotación requeridos	Realizar los ajustes de dotación requeridos	Realizar los ajustes de dotación requeridos	Se realizan las tareas asociadas al periodo (si/no)	Informe que dé cuenta de las tareas desarrolladas
			Definir productos y equipamiento críticos a utilizar (carros de traslado y otros).	Adquirir productos o equipamientos críticos a utilizar e implementar sistema de distribución	_____	_____	_____	Se realizan las tareas asociadas al periodo (si/no)	Informe que dé cuenta de las tareas desarrolladas
			_____	Iniciar proceso de distribución y dispensación de suministros según lo acordado	Evaluar proceso de distribución y dispensación de suministros según lo acordado!	Evaluar proceso de distribución y dispensación de suministros según lo acordado!	Evaluar proceso de distribución y dispensación de suministros según lo acordado!	Se realizan las tareas asociadas al periodo (si/no)!	Informe que dé cuenta de las tareas desarrolladas!
85	Establecer política de suplencia y reemplazos.	Sub. G. de las Personas	Constituir comité para definir políticas de suplencia y remplazo.	Levantar la propuesta de la política de suplencia y remplazo.	Difusión y aplicación de la política de suplencia y remplazo.	Monitoreo e implementación de mejoras a políticas de suplencias y remplazos.	Aplicación y revisión permanente de Políticas.	- Porcentaje de acciones cumplidas sobre las comprometidas. - Porcentaje de unidades de la institución a las que se envía política de suplencia y reemplazos. !! !	-Documentación que informe de constitución de comité. - Acta de asistencia a reuniones de comité. - Política de suplencia y reemplazo. - Documento de monitoreo de aplicación de la política.

13° Objetivo Estratégico: Optimizar costos operacionales

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
86	Optimizar uso de insumos y fármacos y permitir el cálculo del costo real de las prestaciones.	Sub. Gestión de la Información - Dpto. Recursos Financieros	Identificar servicios donde se priorizará la paquetización.	_____	_____	_____	_____	_____	- Documento que indique servicios priorizados
			Paquetizar insumos y fármacos de servicios priorizados.	Paquetizar insumos y fármacos de servicios priorizados.	Paquetizar insumos y fármacos de servicios priorizados.	Paquetizar insumos y fármacos de servicios priorizados.	Paquetizar insumos y fármacos de servicios priorizados.	Porcentaje de insumos y fármacos paquetizados sobre los priorizados.	- Informe de productos paquetizados. - Actas de evaluación de proceso de paquetización.
87	Implementar (WinSIG-PERC)	Dpto. Análisis Clínico GRD - Dpto. Planificación y Control de Gestión.	Implementar metodología de costeo Win-PERC.	_____	_____	_____	Definir metodología de costeo que presente valores más cercanos a lo real.	_____	- Documento que indique factibilidad de implementar Win-PERC. - Documento que certifique capacitación en Win-PERC.
		Dpto. Análisis Clínico GRD - Dpto. Planificación y Control de Gestión.	Inicio de aplicación de metodología.	Evaluar los resultados de la aplicación y contraste de los valores obtenidos con los indicados por WinSIG y los cobrados por el sistema.	Implementar ajustes que permitan alcanzar un mejor sistema de costeo.	Evaluar resultados de ajustes implementados.	Evaluar resultados de ajustes implementados.	Porcentaje de actividades realizadas sobre las comprometidas para cada periodo.	Documento que informa de diferencias entre resultados WinSIG y PERC.

14° Objetivo Estratégico: Mantener sustentabilidad financiera

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
88	Construir, aplicar, monitorear y evaluar plan anual de compras con participación del usuario interno.	Dpto. de Abastecimiento	Confección de Plan Anual de Compras 2019.	Confección de Plan Anual de Compras 2020.	Confección de Plan Anual de Compras 2021.	Confección de Plan Anual de Compras 2022.	Confección de Plan Anual de Compras 2023.	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Compras.	- Plan Anual de Compras. - Acta de evaluación de Cumplimiento Plan Anual de Compras.
			_____	Generar modificaciones y ajustes respectivos.	Generar modificaciones y ajustes respectivos.	Generar modificaciones y ajustes respectivos.	Generar modificaciones y ajustes respectivos.	Número de correcciones y/o modificaciones realizadas.	Acta de modificaciones realizadas.
89	Realizar presupuesto anual de cada centro de responsabilidad y departamentos.	Dpto. Recursos Financieros	Definir presupuesto anual por centro de responsabilidad.	Definir presupuesto anual por centro de responsabilidad.	Definir presupuesto anual por centro de responsabilidad.	Definir presupuesto anual por centro de responsabilidad.	Definir presupuesto anual por centro de responsabilidad.	Porcentaje de presupuestos realizados sobre total de centros de responsabilidad.	Presupuesto de cada centro de responsabilidad.
			Retroalimentación mensual a jefaturas del gasto en el periodo versus presupuesto asignado	Retroalimentación mensual a jefaturas del gasto en el periodo versus presupuesto asignado!	Retroalimentación mensual a jefaturas del gasto en el periodo versus presupuesto asignado!	Retroalimentación mensual a jefaturas del gasto en el periodo versus presupuesto asignado!	Retroalimentación mensual a jefaturas del gasto en el periodo versus presupuesto asignado!	Porcentaje de centros de responsabilidad retroalimentados sobre el total.	Documento de retroalimentación por centro de responsabilidad.

9.4 Perspectiva Usuaria

15° Objetivo Estratégico: Fortalecer la imagen y reputación institucional en la ciudadanía

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
90	Promocionar y mantener durante todo el proceso de construcción del hospital las visitas guiadas y otras iniciativas que mantengan informada a la comunidad sobre el estado de avance (Junto con la red, los medios de comunicación, autoridades)	U. de Comunicaciones y OIRS	Realizar visitas guiadas periódicamente.	Realizar visitas guiadas periódicamente.	Realizar visitas guiadas periódicamente.	Realizar visitas guiadas periódicamente.	Realizar visitas guiadas periódicamente.	Número de visitas guiadas realizadas.	Actas de asistencia a visitas realizadas
			Subir a canal de Youtube videos de avance en la construcción del Hospital.	Subir a canal de Youtube videos de avance en la construcción del Hospital.	Subir a canal de Youtube videos de avance en la construcción del Hospital.	Subir a canal de Youtube videos de avance en la construcción del Hospital.	Subir a canal de Youtube videos de avance en la construcción del Hospital.	Número de videos de avance del hospital subidos a la red.	Link de videos subidos a Youtube.
			Difundir por e-mail información acerca de avance en construcción del Hospital.	Difundir por e-mail información acerca de avance en construcción del Hospital.	Difundir por e-mail información acerca de avance en construcción del Hospital.	Difundir por e-mail información acerca de avance en construcción del Hospital.	Difundir por e-mail información acerca de avance en construcción del Hospital.	Número de e-mails enviados informado de avances de la construcción.	Carpeta con e-mails enviados difundiendo los avances en la construcción del hospital.
			Visitar las radios locales para informar acerca de avances en construcción del Hospital.	Visitar las radios locales para informar acerca de avances en construcción del Hospital.	Visitar las radios locales para informar acerca de avances en construcción del Hospital.	Visitar las radios locales para informar acerca de avances en construcción del Hospital.	Visitar las radios locales para informar acerca de avances en construcción del Hospital.	Número visitas a las radios realizadas.	Listado de radios visitadas con fecha asociada.
91	Implementar calendario de reuniones con las diferentes organizaciones sociales y comunitarias de la provincia.	U. de Comunicaciones y OIRS	Generar calendario de reuniones por semestre.	Generar calendario de reuniones por semestre.	Generar calendario de reuniones por semestre.	Generar calendario de reuniones por semestre.	Generar calendario de reuniones por semestre.	Numero de reuniones realizadas/total de reuniones programdas.	Calendario de reuniones por semestre.
			Realizar reuniones agendadas.	Realizar reuniones agendadas.	Realizar reuniones agendadas.	Realizar reuniones agendadas.	Realizar reuniones agendadas.	Porcentaje de reuniones realizadas sobre las agendadas.	Actas de asistencia a reuniones por semestre.
92	Definir política de comunicación interna y externa.	Equipo Directivo - U. de Comunicaciones y OIRS	Definir política de comunicaciones tanto interna como externa.	Revisar política de comunicaciones tanto interna como externa y realizar ajustes necesarios	_____	Revisar política de comunicaciones tanto interna como externa y realizar ajustes necesarios	_____	Se realizan las tareas asociadas al periodo (si/no)	Política comunicacional.

15° Objetivo Estratégico: Fortalecer la imagen y reputación institucional en la ciudadanía

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
93	Implementar herramientas de información y comunicación interna y externa.	U. de Comunicaciones y OIRS	Definir plan para instalar monitores con información relevante en salas de espera.	Implementar plan de instalación de monitores.	Evaluar resultados año anterior.	Evaluar resultados año anterior.	Evaluar resultados año anterior.	Porcentaje de monitores implementados.	- Plan de implementación de monitores. - Documento que informe de entrada en funcionamiento de los monitores.
			Generar contenido para mostrar en monitores.	Generar contenido para mostrar en monitores.	Generar contenido para mostrar en monitores.	Generar contenido para mostrar en monitores.	Generar contenido para mostrar en monitores.	Número de contenidos desarrollados por periodo.	Link de videos desarrollados y subidos a Youtube.

16° Objetivo Estratégico: Mejorar la percepción de los procesos vinculados a la atención clínica

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
94	Crear una unidad de información y Acogida de los usuarios	U. de Comunicaciones y OIRS - Sub. G. del Cuidado	Crear protocolos de recepción y acogida.	Difundir protocolos de recepción y acogida.	Difundir protocolos de recepción y acogida.	Difundir protocolos de recepción y acogida.	Difundir protocolos de recepción y acogida.	Porcentaje de aplicación de protocolos de recepción y acogida.	Protocolo de recepción y acogida.
			Definir las tareas a realizar por la unidad.	Evaluar resultados de aplicación de protocolos de recepción y acogida.	Evaluar resultados de aplicación de protocolos de recepción y acogida.	Evaluar resultados de aplicación de protocolos de recepción y acogida.	Evaluar resultados de aplicación de protocolos de recepción y acogida.		Documento de evaluación de resultados.
95	Actualizar y difundir el rol de las orientadoras.	U. de Comunicaciones y OIRS - Sub. G. del Cuidado	Difundir las tareas y el rol de las orientadoras.	Difundir las tareas y el rol de las orientadoras.	Difundir las tareas y el rol de las orientadoras.	Difundir las tareas y el rol de las orientadoras.	Difundir las tareas y el rol de las orientadoras.	Porcentaje de tareas de difusión realizadas sobre las comprometidas.	Documento que describe las tareas y labores realizadas por las orientadoras.
			Evaluar la labor de las orientadoras.	Evaluar la labor de las orientadoras.	Evaluar la labor de las orientadoras.	Evaluar la labor de las orientadoras.	Evaluar la labor de las orientadoras.	Resultado de las evaluaciones realizadas	Documento de evaluación de la labor de las orientadoras.
96	Revisar y mejorar procesos y flujos de atención al usuario.	Dpto. Servicio al Usuario - U. de Comunicaciones y OIRS	Creación flujos de procesos de atención usuaria.	Incorporar mejoras a los flujos planteados año anterior.	Capacitar funcionarios en los nuevos procesos.	_____	_____	Realización de actividades comprometidas en el periodo.	Documento que indique número de procesos de atención usuaria.
			Identificar oportunidades de mejora.	Identificar oportunidades de mejora.!	Identificar oportunidades de mejora.!	Identificar oportunidades de mejora.!	Identificar oportunidades de mejora.!		
			Desarrollo de encuestas de satisfacción usuaria diferentes servicios.	Implementación de encuestas de satisfacción usuaria en diferentes servicios	Implementación de encuestas de satisfacción usuaria en diferentes servicios!	Implementación de encuestas de satisfacción usuaria en diferentes servicios!	Implementación de encuestas de satisfacción usuaria en diferentes servicios!		
			Actualizar protocolos y manuales de los nuevos procedimientos.	Difundir protocolos de atención usuaria.	Difundir protocolos de atención usuaria.	Difundir protocolos de atención usuaria.	Difundir protocolos de atención usuaria.	Realización de difusión de protocolos de atención usuario.	- Protocolos de procesos de atención usuaria. - Pautas de evaluación de protocolos de atención usuaria.
			Revisar o diseñar protocolos de atención usuaria.	Evaluar usos de protocolo de atención usuaria.	Evaluar usos de protocolo de atención usuaria.	Evaluar usos de protocolo de atención usuaria.	Evaluar usos de protocolo de atención usuaria.	Porcentaje de uso de protocolos de atención usuaria.	

16° Objetivo Estratégico: Mejorar la percepción de los procesos vinculados a la atención clínica

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
97	Identificar servicios donde no se aplica el modelo de hora escalonada en atención ambulatoria	Sub. G. Asistencial	Determinar el uso del modelo de uso de hora escalonada por servicio clínico.	Realizar un proceso de acompañamiento con los servicios clínicos que no tengan incorporado el modelo.	Realizar un proceso de acompañamiento con los servicios clínicos que no tengan incorporado el modelo.	Realizar un proceso de acompañamiento con los servicios clínicos que no tengan incorporado el modelo.	Realizar un proceso de acompañamiento con los servicios clínicos que no tengan incorporado el modelo.	Porcentaje de profesionales con agendamiento escalonado.	Reportes de agendas médicas.
98	Generar programa para incrementar el uso del modelo de atención de hora escalonada	Sub. G. Asistencial	Determinar el uso del modelo de uso de hora escalonada por servicio clínico.	Citación escalonada por hora de acuerdo a rendimiento.	Lograr que el 100% de los servicios clínicos hayan incorporado el nuevo modelo de citación.	Implementar el Modelo de Atención Escalonada de acuerdo a citación.	Implementar el Modelo de Atención Escalonada de acuerdo a citación	Porcentaje de servicios clínicos con el modelo de atención implementado.	Reportes de agendas médicas.

17° Objetivo Estratégico: Mejorar condiciones del entorno

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
99	Incorporar mudadores en los baños públicos.	Sub. Operaciones	Generar proyectos mudadores.	_____	_____	_____	_____	Porcentaje de baños con mudadores implementados.	Documento que certifique el número de baños que posee mudadores.
			Implementación del 50% de mudadores proyectados.	Implementación del 100% de mudadores proyectados.	_____	_____	_____		
100	Implementar circuito cerrado de televisión(CCTV) con contenidos institucionales	Sub. Operaciones	Identificar metodología o forma de implementar el circuito de TV.	_____	_____	_____	_____	Porcentaje de TV implementadas sobre total a implementar.	Documento que certifique la cantidad de monitores implementados.
			Implementar 40% de TV.	Implementar 80% de TV.	Implementar 100% de TV.	Implementar 100% de TV.	Implementar 100% de TV.		
101	Realizar mantención periódica de los sistemas de climatización.	Dpto. de Mantenimiento - U. de Salud Ocupacional	Realización de mantención trimestral.	Realización de mantención trimestral.	Realización de mantención trimestral.	Realización de mantención trimestral.	Realización de mantención trimestral.	Porcentaje de equipos con mantención realizada.	Protocolo de mantención preventiva de equipos.
102	Mantener señalética actualizada.	U. de Comunicaciones y OIRS	Identificar brechas de señalética.	Identificar brechas de señalética.	Identificar brechas de señalética.	Identificar brechas de señalética.	Identificar brechas de señalética.	Realización de identificación de brechas de señalética trimestral.	Documento que indique identificación de brechas de manera trimestral.
			Incorporar señalética faltante.	Incorporar señalética faltante.	Incorporar señalética faltante.	Incorporar señalética faltante.	Incorporar señalética faltante.	Porcentaje de incorporación de señalética sobre lo identificado como faltante.	Documento que acredite la instalación de señalética.
103	Reponer infraestructura asociada a seguridad en las vías de tránsito interno.	Dpto. de Mantenimiento	Evaluación semestral de vías de tránsito y acceso.	Evaluación semestral de vías de tránsito y acceso.	Evaluación semestral de vías de tránsito y acceso.	Evaluación semestral de vías de tránsito y acceso.	Evaluación semestral de vías de tránsito y acceso.	Porcentaje de evaluaciones realizadas sobre las requeridas en el periodo.	Documento de evaluación semestral.
			Implementación de acciones requeridas.	Implementación de acciones requeridas.	Implementación de acciones requeridas.	Implementación de acciones requeridas.	Implementación de acciones requeridas.	Porcentaje de acciones implementadas sobre las requeridas.	Carpeta con documentos que respalden la realización de las actividades.

18° Objetivo Estratégico: Aumentar la Satisfacción usuaria

N°	TAREAS	UNIDAD RESPONSABLE	2018	2019	2020	2021	2022	INDICADOR	VERIFICABLES
104	Implementar sistema de encuestas para medir satisfacción usuaria.	U. de Comunicaciones y OIRS	Diseñar metodología para rescatar información sobre satisfacción usuaria en todos los servicios	Iniciar aplicación de metodología en servicios priorizados (25%).	Aplicación de metodología en otros servicios (60%).	Aplicación de metodología en otros servicios (100%).	Aplicación de metodología en otros servicios (100%).	Porcentaje de aplicación de metodología.	Metodología para evaluar satisfacción usuaria en diferentes servicios.
105	Mantener operativo el comité de gestión de reclamos	U. de Comunicaciones y OIRS	Realizar reuniones de acuerdo al calendario.	Realizar reuniones de acuerdo al calendario.	Realizar reuniones de acuerdo al calendario.	Realizar reuniones de acuerdo al calendario.	Realizar reuniones de acuerdo al calendario.	Porcentaje de reuniones realizadas de las programadas.	Documento que dé cuenta de la realización de la reunión.

Médicos Nelson Valenzuela y Alfredo Muñoz, junto al equipo de Pabellón, realizan Cirugía Bariática Laparoscópica

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

HOSPITAL CURICÓ

Planificación Estratégica
2018 - 2022

Chacabuco 121, Curicó - Teléfono: 75 2565900
www.hospitalcurico.cl