# PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2016-2018

## HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LOS ANDES

# CONTENIDO

1. UN HOSPITAL DE EXCELENCIA, Mensaje ..... 2
2. HISTORIA, ANTECEDENTES Y TENDENCIAS. ..... 3
3. EL TAMAÑO DEL HOSPITAL ..... 5
4. LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL ..... 7
5. LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA ..... 9
6. LA GESTIÓN FINANCIERA HOSPITALARIA. ..... 12
7. DEFINICIÓN DE LA MISIÓN ..... 13
8. DEFINICIÓN DE LA VISIÓN ..... 13
9. VALORES Y PRINCIPIOS ..... 14
10. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL: ANALISIS FODA. ..... 15
11. FACTORES CLAVES DE ÉXITO. ..... 19
12. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS. ..... 19
13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO. ..... 21
14. CUADRO DE MANDO PARA HOSPITALES AUTOGESTIONADOS EN RED ..... 22
15. PLAN OPERATIVO 2016-2018 ..... 23
16. POLITICAS CORPORATIVAS ..... 30
16.1. POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE RECURSOS HUMANOS. ..... 30
16.2. PLAN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA & POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE GESTIÓN FINANCIERO CONTABLE Y PRESUPUESTARIA ..... 33
16.3. PLAN ANUAL DE INVERSIONES ..... 34
16.4. POLÍTICAS DE MEJORAMIENTO DE LOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN USUARIA ..... 36
16.5. POLÍTICAS DE GESTIÓN CLÍNICA ..... 37
16.6. PROCEDIMIENTO DE RACAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS ..... 38
16.7. PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA INTERNA ..... 39
16.8. SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN. ..... 41

## 1. UN HOSPITAL DE EXCELENCIA, Mensaje

El Hospital San Juan de Dios de Los Andes contribuye decididamente al proceso de resolución de problemas de salud. Esta contribución se materializa en la manera de atender lo mejor posible las necesidades sanitarias que tienen las personas que viven en las provincias de Los Andes y San Felipe.

Creemos firmemente en la optimización de nuestros servicios, los cuales entregamos a la ciudadanía, viviendo mejor y renovando la expectativa de vida. Todo lo que se realice es para contar con un Hospital que avanza hacia la innovación y las nuevas tecnologías de la información, así como un cambio en la cultura profesional y organizativa -con la calidad como herramienta de transformación- y donde los ciudadanos y ciudadanas son los protagonistas centrales.

Los hospitales públicos, están en primera línea ante estos escenarios, el desafío es grande, y deben prepararse para el futuro. Los establecimientos deben acompañar este proceso de cambio, apostando por la modernización. Deben abrirse más a la sociedad y deben ser capaces de responder a las nuevas preferencias de los usuarios, al tiempo que siguen avanzando en su desarrollo profesional y técnico. Nuevos retos que tienen a los pacientes como eje central.

El tiempo disponible de nuestros usuarios y funcionarios es un bien escaso y único, no reponible, por lo que no se puede malgastar. La necesidad de actuar rápido y gestionar es imprescindible; decidir, y por tanto arriesgar, en búsqueda de objetivos que guíen a la organización, considerando la interacción social de nuestros usuarios, funcionarios y servicio de salud, bajo un ambiente que opera sobre los sentimientos humanos en momentos de máxima ansiedad. Por esto, la gestión debe realizarse por medio de la persuasión, en base a objetivación de las decisiones a través de las cifras y los hechos.

Confiamos en que iniciativas como el Plan Estratégico 2016- 2018 del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, contribuya a situar al Servicio de Salud de Aconcagua entre los centros sanitarios líderes del país y que contribuya a tomar decisiones que mejoren el bienestar sanitario de la población y con ella a generar esperanza, ya quien tiene salud tiene esperanza y quien tiene esperanza lo tiene todo.

**Equipo Directivo**
**Hospital San Juan de Dios de Los Andes**

## 2. HISTORIA, ANTECEDENTES Y TENDENCIAS.

El Hospital San Juan de Dios nace el 23 de noviembre de 1863, siendo el primer recinto asistencial de la Provincia de Los Andes. Fue Don José Antonio del Villar y Fontecilla quien se transformó en el impulsor de la iniciativa que nació de una necesidad urgente, debido a la plaga de viruela que afectaba a la zona. De este modo nacía el primer centro hospitalario de la ciudad.

Nuestro hospital funcionó bajo su diseño original hasta 1936 cuando el Director, doctor Pedro Rosende, apeló a las nuevas necesidades de la comunidad para iniciar las gestiones que llevaran a un aumento de presupuesto, el que buscaba la construcción de un nuevo establecimiento, más moderno y adecuado a la realidad tecnológica de la época. Así se iniciaron gestiones a nivel gubernamental para conseguir el financiamiento para las obras de modernización.

Recién quince años después se logró este objetivo. En octubre de 1951 se inaugura el nuevo Hospital San Juan de Dios, recibiendo la infraestructura que hasta hoy en día lo cobija y que presentó grandes avances en relación al primer diseño.

Cuarenta años después, el Hospital es integrado al "Proyecto de Racionalización Funcional y Física del Servicio de Salud San Felipe-Los Andes", que contó con financiamiento del Banco Interamericano del Desarrollo (BID) y del Ministerio de Salud. Este proyecto BID-MINSAL permitió desarrollar un volumen importante de inversiones, entre las que destacan:

- Construcción e implementación del sector que alberga a la nueva Central de Alimentación, Lavandería y Ropería. (1993).

- Construcción y equipamiento del Consultorio Adosado de Especialidades (1995).

- Equipamiento y puesta en marcha del Proyecto de Informática, extendiéndose el uso de esta herramienta a los Servicios Clínicos y Unidades Técnico – Administrativas del Hospital.

- Construcción e implementación de la Placa Técnica (1997), recinto que incluye en su estructura la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI), la Unidad de Urgencia del Adulto, Pediátrica y Obstétrica, la Unidad de Partos y el Servicio de Neonatología.

- A mediados de 1999, al interior de la Placa Técnica, se conforma una base del Servicio de Atención Médica de Urgencia, SAMU.

El año 2010, y luego de un largo proceso de estudios de pre-inversión, son inauguradas las obras de normalización del establecimiento, que consideraron remodelación de la planta física del edificio, aumento de la dotación de personal y la adquisición de equipamiento de apoyo terapéutico y diagnóstico por un monto superior a los $11 mil millones. Esta importante inversión fue un logro de la comunidad andina, que por años demandó la actualización del principal centro asistencial de la provincia, a fin de contar

con un hospital que resuelva, en conjunto con la red asistencial pública, las principales necesidades de salud de la población que atiende.

Como último gran hito de su historia, el año 2013 la Superintendencia de Salud otorgó al Hospital San Juan de Dios de Los Andes la Acreditación en Calidad, siendo reconocido como el primer hospital de regiones en alcanzar esta categoría. El año 2016 el HOSLA deberá re acreditarse ante la Superintendencia de Salud, para lo cual está desarrollando un arduo trabajo que permita certificar la calidad de sus prestaciones y los distintos procesos que realiza.

## 3. EL TAMAÑO DEL HOSPITAL

El Hospital San Juan de Dios de Los Andes se encuentra ubicado en la intersección de las avenidas Argentina y Hermanos Clark, en un punto estratégico de la ciudad dado el carácter fronterizo que ésta posee. El acceso principal está emplazado en Avenida Argentina 315 y en este lugar se registra el ingreso de visitas y de público en general. Mientras tanto, el acceso al Servicio de Urgencia está emplazado en la Avenida Hermanos Clark, frente a la ex – estación de ferrocarriles de la ciudad. El Establecimiento pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud de Aconcagua.

La superficie de terreno alcanza a 35.012 metros cuadrados, disponiéndose para el Hospital de Los Andes un total de 31.070 m2 y habiéndose traspasado 3.750 m2 a la Dirección de Atención Primaria, para la construcción del Consultorio Urbano Nº 2 de Los Andes, actualmente CESFAM Cordillera Andina y 192 m2, a las Oficinas de Los Andes, del Departamento Programas sobre el Ambiente.

Resumen de la Superficie:

| TOTAL SUPERFICIE DE LOS EDIFICIOS<br>(Excluida la superficie de pasillos exteriores y de conexión entre edificios) | 13.834m2 |
|---|---|
| Superficie niveles piso - zócalo | 924m2 |
| Primer piso | 10.082m2 |
| Segundo piso | 2.457m2 |
| Circulaciones verticales | 371m2 |
| Superficie pasillos exteriores de los edificios | 1.507m2 |
| Superficie pasillos de unión entre edificios | 531m2 |

El Hospital San Juan de Dios de los Andes, integra la Red Asistencial del Servicio de Salud de Aconcagua, conjuntamente con los siguientes establecimientos Hospitalarios:

- Hospital San Juan de Dios (Los Andes)
- Hospital San Camilo (San Felipe)
- Hospital Dr. Philippe Pinel (Putaendo)
- Hospital San Francisco (Layllay)
- Hospital San Antonio (Putaendo)

Actualmente, el Establecimiento cuenta con una dotación de 168 camas, organizadas de la siguiente manera:

| UNIDAD FUNCIONAL | DOTACIÓN DE CAMAS |
|---|---|
| Área Médico Quirúrgica Cuidados Básicos | 93 |
| Área Médico Quirúrgica Cuidados Medios | 12 |
| Área Médico Cuidados Intermedios Adultos | 6 |
| Área Médico Pediátrica Cuidados Básicos | 17 |
| Área Neonatología Cuidados Básicos | 10 |
| Área Obstetricia | 18 |
| Área Pensionado | 12 |
| **TOTAL DOTACIÓN CAMAS** | **168** |

Además se dispone de pabellones que se estructuran de la siguiente manera:

- 05 pabellones quirúrgicos, los cuales son indiferenciados.
- 01 pabellón de cirugía menor.

El establecimiento cuenta además con los siguientes servicios de apoyo clínico:

- Farmacia
- Laboratorio Clínico
- Unidad de Medicina Transfusional
- Kinesiología
- Imagenología
- Central de Esterilización
- Central de Alimentación
- Ropería y Lavandería
- Servicio dietético y de leche (SEDILE)

Al cierre del año 2015, el hospital contaba con una dotación efectiva de 620 funcionarios. Esta dotación se distribuye de la siguiente manera por planta:

| PLANTA | Nº |
|---|---|
| Directivos | 3 |
| Profesionales | 140 |
| Técnicos | 241 |
| Administrativos | 73 |
| Auxiliares | 63 |
| Médicos | 81 |
| Odontólogos | 10 |
| Químico Farmacéuticos | 4 |
| Bioquímicos | 2 |

Como parte de su modelo de gestión, el establecimiento mantiene convenio de servicios externalizados de:

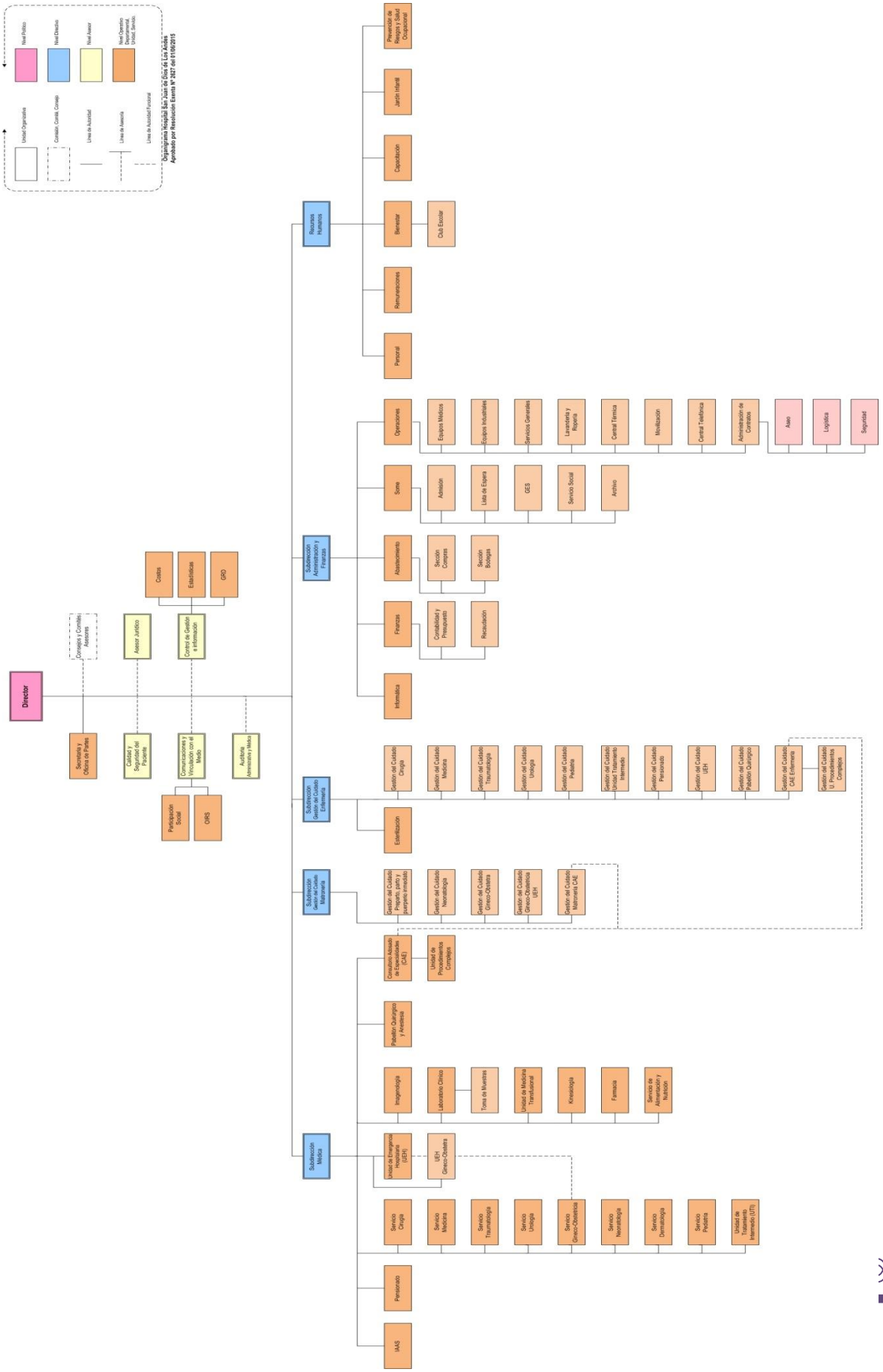
- Personal para Alimentación de pacientes y funcionarios.
- Personal para Lavandería y ropería.
- Mantención de equipamiento médico, industrial e infraestructura menor.
- Aseo.
- Vigilancia.
- Personal Administrativo.
- Personal Camilleros y Estafetas.
- Personal de Informática.

Esto implica la gestión de 04 contratos, con aproximadamente 108 trabajadores externos, adicionales a la dotación de funcionarios.

## 4. LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

En el año 2006, el establecimiento obtiene su condición de Establecimiento Autogestionado en Red, de acuerdo a las exigencias definidas en el Decreto Supremo Nº 38 del Ministerio de Salud del 2005.

A partir del proceso de autogestión hospitalaria, se estructura la organización en Centros de Costo y Centros de Responsabilidad, tanto en el área clínica como administrativa, además del Consejo Técnico, Consejo Consultivo de Usuarios y comités técnico-administrativos que contempla la normativa. Esta estructura da origen al organigrama actual del hospital.


Nivel Político
Nivel Directivo
Nivel Asesor
Nivel Operativo Departamental, Unidad, Servicio.
Unidad Organizativa
Consejo, Comité, Consejo
Línea de Autoridad
Línea de Asesoría
Línea de Autoridad Funcional
Organigrama Hospital San Juan de Dios de Los Andes
Aprobado por Resolución Exenta N° 2021 del 01/06/2015
Director
Consejos y Comités Asesores
Secretaría y Oficina de Partes
Asesor Jurídico
Calidad y Seguridad del Paciente
Control de Gestión e Información
Costos
Estadísticas
GRD
Comunicaciones y Vinculación con el Medio
Participación Social
ORS
Auditoría Administrativa y Médica
Subdirección Médica
Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)
UEH Gineco-Obstetra
Servicio Cirugía
Servicio Medicina
Servicio Traumatología
Servicio Urología
Servicio Gineco-Obstetricia
Servicio Neonatología
Servicio Dermatología
Servicio Pediatría
Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI)
Pensionado
IAAS
Imagenología
Laboratorio Clínico
Toma de Muestras
Unidad de Medicina Transfusional
Kinesiología
Farmacia
Servicio de Alimentación y Nutrición
Pabellón Quirúrgico y Anestesia
Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)
Unidad de Procedimientos Complejos
Subdirección Gestión del Cuidado Matronería
Gestión del Cuidado Preparto, parto y puerperio inmediato
Gestión del Cuidado Neonatología
Gestión del Cuidado Gineco-Obstetra
Gestión del Cuidado Gineco-Obstetra UEH
Gestión del Cuidado Matronería CAE
Subdirección Gestión del Cuidado Enfermería
Gestión del Cuidado Cirugía
Gestión del Cuidado Medicina
Gestión del Cuidado Traumatología
Gestión del Cuidado Urología
Gestión del Cuidado Pediatría
Gestión del Cuidado Unidad Tratamiento Intermedio
Gestión del Cuidado Perinatología
Gestión del Cuidado UEH
Gestión del Cuidado Pabellón Quirúrgico
Gestión del Cuidado CAE Enfermería
Gestión del Cuidado U. Procedimientos Complejos
Esterilización
Subdirección Administración y Finanzas
Operaciones
Equipos Médicos
Equipos Industriales
Servicios Generales
Lavandería y Ropería
Central Térmica
Movilización
Central Telefónica
Administración de Contratos
Aseo
Logística
Seguridad
Some
Admisión
Lista de Espera
GES
Servicio Social
Archivo
Abastecimiento
Sección Compras
Sección Bodegas
Finanzas
Contabilidad y Presupuesto
Recaudación
Informática
Recursos Humanos
Personal
Remuneraciones
Bienestar
Club Escolar
Capacitación
Jardín Infantil
Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional

## 5. LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

El Hospital San Juan de Dios de Los Andes, presenta un promedio anual de 9.721 egresos en los últimos tres años, con una estancia media de 5.0 días, que se ha mantenido estable. Tanto el Índice Ocupacional como el Intervalo de Sustitución han progresado hacia la optimización, con un resultado de 80.6% de ocupación y 1.0 de sustitución respectivamente, en el año 2015, en lo que concierne a indicadores de gestión de camas.

El establecimiento presenta un promedio anual de 78.565 consultas médicas de urgencia del adulto-pediátrico en los últimos dos años. También presenta un promedio anual de 9.675 consultas médicas de urgencia obstétricas en los últimos dos años.

En el año 2015, se registran 86.259 consultas médicas de urgencia, de las cuales 76.499 corresponden a la atención de usuarios adultos-pediátricos y 9.760 usuarios de especialidad obstétrica.

Por otra parte, el establecimiento ha atendido un promedio anual de 1.396 partos los últimos tres años. El año 2015, se atendieron 1.342 partos.

El Hospital San Juan de Dios de Los Andes, realizó el año 2015 un total de 9.454 cirugías. En este resultado, están incluidas las cirugías programadas y las de urgencia.

Del total de 9.454 cirugías programas y realizadas el año 2015, un 10.39% fueron cirugías mayores ambulatorias. 4.730 corresponden a intervenciones mayores y 5.084 a intervenciones menores.

El hospital atiende problemas de salud con garantías explicitas (AUGE). El año 2015 tuvo un 100% de cumplimiento y cobertura de la garantía de oportunidad del AUGE.

| ACTIVIDAD ASISTENCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESUMEN DEL ESTABLECIMIENTO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| **a) Actividad Hospitalización** | | | | |
| 1. Camas en Trabajo | 163 | 163 | 168 | 168 |
| 2. Ingresos | 11,124 | 10,799 | 10,442 | 10,299 |
| 3. Días camas | 57,703 | 57,079 | 58,632 | 58,494 |
| 4. Egresos (Altas) | 10,303 | 10,041 | 9,671 | 9,361 |
| 5. Exámenes | 115,765 | 122,736 | 123,690 | 130,896 |
| 5.a Laboratorio | 100,041 | 103,824 | 105,435 | 120,854 |
| 5.b UMT | 9,144 | 10,915 | 10,076 | 1,880 |
| 5.c Rayos | 6,580 | 7,997 | 8,179 | 8,162 |
| **b) Actividad de Urgencia** | | | | |
| 1. Ingresos | 97,908 | 96,920 | 88,207 | 71,793 |
| 1.a Promedio Diario de Atenciones | 268 | 266 | 242 | 236 |
| Con Atención | 91,553 | 89,167 | 79,067 | 71,793 |
| Sin atención | 6,355 | 7,753 | 9,140 | 0 |
| 2. Pacientes Categorizados | 88,932 | 87,572 | 78,618 | 76,499 |
| 2.a C1 | 109 | 100 | 116 | 163 |
| 2.b C2 | 1,364 | 1,355 | 1,354 | 1,387 |
| 2.c C3 | 28,698 | 26,314 | 24,478 | 25,856 |
| 2.d C4 | 57,896 | 56,428 | 48,515 | 45,680 |
| 2.e C5 | 865 | 3,375 | 4,155 | 3,413 |
| 3. N° Prestaciones Auge | 4,813 | 4,831 | 5,093 | 4,518 |
| 3.a Entrega de ayuda técnica Auge | 933 | 984 | 1,082 | 1,307 |
| 4. N° Pacientes Fallecidos | 31 | 40 | 48 | 40 |
| 4.a % Pacientes Fallecidos | 0.03% | 0.04% | 0.05% | 0.06% |
| 5. Tiempo Promedio Espera | | | | |
| 6. N° Pacientes Hospitalizados *(Desde UEH)* | 4,746 | 5,874 | 5,851 | 5,544 |
| 7. Exámenes | 97,578 | 103,812 | 99,327 | 116,371 |
| 7.a UMT | 504 | 810 | 859 | 474 |
| 7.b Laboratorio y UMT | 73,710 | 78,066 | 74,493 | 91,895 |
| 7.c Rayos | 23,364 | 24,936 | 23,975 | 24,002 |

| ACTIVIDAD ASISTENCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESUMEN DEL ESTABLECIMIENTO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| **c) Actividad Quirúrgica** | | | | |
| 1. Intervenciones | 5,949 | 5,698 | 5,792 | 5,688 |
| 1.a Programadas | 4,069 | 3,949 | 3,879 | 3,527 |
| 1.b Urgentes | 1,880 | 1,749 | 1,913 | 2,161 |
| 2. Cirugía mayor ambulatoria >= 15 años | 410 | 353 | 389 | 314 |
| 3. Cirugía mayor ambulatoria < 15 años | 148 | 101 | 49 | 19 |
| 4. Promedio intervenciones por egreso | 0.93 | 0.91 | 1.03 | 1.07 |
| 5. Cirugía menor | 3,682 | 3,393 | 4,196 | 4,370 |
| **d) Actividad Obstétrica** | | | | |
| 1. Nacimientos | 1,330 | 1,374 | 1,473 | 1,342 |
| 1.a Cesáreas | 683 | 750 | 838 | 741 |
| 1.b Partos | 647 | 624 | 635 | 601 |
| **e) Actividad Ambulatoria** | | | | |
| 1. Consultas | 57,607 | 55,582 | 52,929 | 52,831 |
| 1.a Nuevas | 12,649 | 9,678 | 8,582 | 8,456 |
| 1.b Controles | 44,958 | 45,904 | 44,347 | 44,375 |
| 2. Procedimientos | 4,828 | 5,285 | 5,873 | 5,699 |
| 3. Promedio Días de espera | | | | |
| 4. % Inasistencias | 18.4% | 15.7% | 13.9% | 16.1% |
| 5. Exámenes | 260,336 | 269,850 | 296,470 | 259,068 |
| 5.a Laboratorio | 235,013 | 244,289 | 269,548 | 239,890 |
| 5.b UMT | 4,672 | 6,842 | 7,784 | 65 |
| 5.c Rayos | 20,651 | 18,719 | 19,138 | 19,113 |
| **f) Razones Actividad** | | | | |
| 1. Promedio Días de Estada | 4.6 | 4.6 | 4.8 | 5.0 |
| 2. Índice de Ocupación | 80.7 | 80.9 | 78.6 | 80.6 |
| 3. Rotación camas | 5.4 | 5.3 | 5.0 | 4.9 |
| 4, Indice de Sustitución | 1.1 | 1.1 | 1.3 | 1.2 |
| 4. Relación Nuevas / Consultas | 22% | 17% | 16% | 16% |
| 5. Tasa de Mortalidad | 166 | 171 | 182 | 194 |
| 5. Atención Dental en especialidades | 11,664 | 12,252 | 13,183 | 16,911 |
| **Fuente: REM, SIGGES. Unidad Estadística Hosla** | | | | |
| | | | | |
| 1. Atención de OIRS | 853 | 6,424 | 44,133 | 21,562 |
| 1.a Total de reclamos | 475 | 477 | 429 | 531 |
| 2.b Consultas | 8 | 5,503 | 43,306 | 21,129 |
| 3.c Sugerencias | 46 | 51 | 54 | 43 |
| 4.d Felicitaciones | 204 | 297 | 249 | 294 |
| 5.e Solicitudes | 117 | 90 | 77 | 81 |
| 6.f Solicitudes ley 20.285 | 3 | 6 | 18 | 15 |

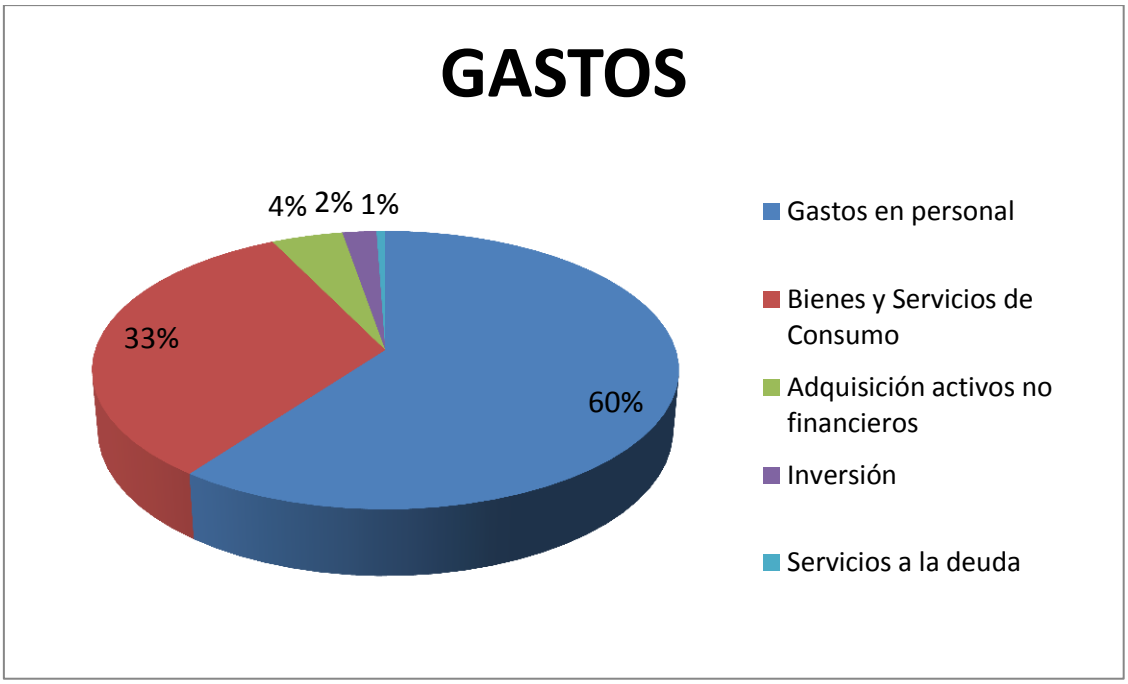
## 6. LA GESTIÓN FINANCIERA HOSPITALARIA.

La gestión financiera del Hospital tuvo un equilibrio financiero que estuvo en razón de cumplimiento de un 0.99.

A continuación se muestra una tabla con los ingresos y egresos devengados, y la distribución del gasto del Establecimiento:

Tabla ingresos y gastos

| EQUILIBRIO FINANCIERO | |
|---|---|
| Ingresos Devengados | MM$ 17.143.042 |
| Gastos Devengados | MM$ 17.142.692 |



## 7. DEFINICIÓN DE LA MISIÓN

“Entregar servicios de salud con calidad y calidez a los usuarios de la red asistencial”

## 8. DEFINICIÓN DE LA VISIÓN

“Ser reconocidos como el mejor Hospital de Chile, en la entrega de servicios Ágiles, Amables y Seguros a nuestros usuarios.

## 9. VALORES Y PRINCIPIOS

**ORIENTACION AL USUARIO**

El hospital actuará en todo momento en función de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario en materia de servicios de salud, impulsando una atención y trato personalizados.

**EFICACIA**

La actuación de los funcionarios del Hospital se orientará hacia la adopción de decisiones que garanticen el mejor resultado, concreción de logros que afecten los servicios de salud que se prestan al usuario.

**EFICIENCIA**

Los funcionarios del Hospital actuaran responsablemente con el uso de los recursos para lograr los mejores resultados, reconociendo que los recursos son limitados, y eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

**INNOVACIÓN**

El Hospital y los funcionarios de este, deberán tener orientación a fomentar y crear nuevas ideas imprimiendo creatividad e imaginación lo que nos permitirá mejorar y fortalecer nuestra competitividad y liderazgo.

**RESPETO**

Propiciamos el respeto a la persona, reconocimiento y compromiso al valor de la diversidad de ideas y puntos de vista de los colaboradores, de los usuarios y sus familias. Tenemos especial preocupación por aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

**TRABAJO EN EQUIPO**

Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.

**ÉTICA**

Los funcionarios del Hospital sostendrán una conducta transparente, honesta y preocupada por la dignidad de todas las personas con las que se interactúa.

**VOCACION DE SERVICIO**

Los funcionarios del Hospital actúan de manera solidaria y con un accionar desinteresado inclinándose a brindar en todo instante colaboración y/o ayuda.

**CALIDAD**

La orientación hacia la calidad nos exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Actuaremos aplicando nuestro recurso maximizado los beneficios de salud con el mínimo riesgo, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

**CONFIANZA**

Entregaremos esperanza y seguridad en nuestro actuar.

## 10. ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL: ANALISIS FODA.

| ANÁLISIS INTERNO | |
|---|---|
| **TIPOS DE FORTALEZAS** | **EJEMPLOS DE FOTALEZAS** |
| **HABILIDADES Y CAPACIDADES** | 1. Se posee buena percepción del Hospital, dado la condición de ser auto gestionado.<br>2. Puesta en marcha de oficina de calidad y seguridad del usuario.<br>3. Alta representación de la sociedad en consejos consultivos.<br>4. Implementación de cultura en atención al usuario, como un proceso continuo y al servicio de ellos<br>5. Organización asistencial con desarrollo interdisciplinario.<br>6. El hospital adopta la metodología de gestión por procesos asistenciales<br>7. integrados, como instrumento de gestión, identificando los procesos claves, los líderes del proceso y los recursos necesarios para su aplicación.<br>8. Existen servicios que reúnen las condiciones adecuadas para iniciar proceso de Acreditación.<br>9. Implementación de los GRD.<br>10. Alto volumen de profesionales incorporados en la docencia y reconocidos por la sociedad.<br>11. Alta representación funcionaria en los gremios.<br>12. Completa “Cartera de Servicio” que incorpora desarrollos de especialidades médicas. |
| **RECURSOS QUE SE DISPONEN** | 1. Baja deuda Histórica.<br>2. Equilibrio presupuestario.<br>3. Actualización de conocimientos de los profesionales y permanente mejora de sus competencias técnicas y habilidades sociales<br>4. Existen conocimientos generales por parte del equipo de salud de los aspectos científico, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema de salud<br>5. Disponibilidad de tecnología avanzada en equipamiento médico.<br>6. Presencia de salas con adecuado confort e intimidad para los usuarios. |
| **ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN SATISFACTORIAMENTE** | 1. Gestión de camas desde admisión en coordinación con enfermería.<br>2. Baja estancia preoperatorio en algunos servicios.<br>3. Bajo promedio de días de estada.<br>4. Buen despliegue de servicios de apoyo.<br>5. Excelente desarrollo en el área informática y de gestión.<br>6. El recinto asistencial facilita constantemente información a la sociedad sobre derechos, servicios y recursos disponibles, así como la forma correcta de acceder a ellos. Una herramienta es la Pagina Web, que se creó en función de mejorar la comunicación con el ciudadano.<br>7. Implementación de cultura que incluye el concepto de responsabilidad, honestidad y motivación por el trabajo bien hecho.<br>8. Existencia de cultura de orientación hacia objetivos institucionales.<br>9. Necesidades expresadas por funcionarios a través de encuesta de satisfacción laboral.<br>10. Pago a proveedores menores a 45 días. |

# ANÁLISIS INTERNO

| TIPOS DE DEBILIDADES | DEBILIDADES |
|---|---|
| FALTA DE HABILIDADES Y CAPACIDADES | 1. No se realiza convenio o estrategias comerciales con otros hospitales para la compra de insumos.<br>2. Baja capacidad para gestionar los flujos de los usuarios.<br>3. Deficiente liderazgo en convenios de docencia.<br>4. Falta rol activo del hospital en educar a la comunidad en programas de salud.<br>5. Desconocimiento de parte de la organización en las herramientas de gestión y falta de implementación en función al área asistencial.<br>6. Desconocimiento de parte de la organización en las herramientas de gestión y falta de implementación en función al área asistencial.<br>7. No se tiene sistema de cuenta corriente electrónica, que permite pagar a funcionarios y proveedores de forma inmediata.<br>8. Desconocimiento de parte de la organización en las herramientas de gestión y falta de implementación en función al área asistencial. |
| FALTA DE RECURSOS | 1. Falta de recursos Financieros.<br>2. Capital de Trabajo mal utilizado.<br>3. Equipo de trabajo insuficiente y desmotivado.<br>4. Equipamiento e instalaciones obsoletas. |
| ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN INSATISFACTORIAMENTE | 1. No existe proceso de admisión normado y estructurado.<br>2. Ausencia de referente u encargado de calidad por unidad o servicio clínico.<br>3. Ausencia de Plan de Calidad con una visión global de la institución, con objetivos anuales de calidad, formalmente establecidos por profesionales y dirección del establecimiento.<br>4. Bajo desarrollo de cirugía mayor ambulatoria.<br>5. Falta de planificación y coordinación de la oferta y la demanda.<br>6. Falta actualización de protocolos de referencia y contra referencia.<br>7. No existe protocolo de priorización de patologías.<br>8. Baja protocolización en algunas actividades y tareas.<br>9. Bajo cumplimiento de epicrisis o informes de alta.<br>10. Escaso acceso a medios diagnósticos desde atención primaria.<br>11. Carencias en programas de mantención de equipos médicos.<br>12. Alta lista de espera quirúrgica.<br>13. Desajuste en la lista de espera quirúrgica con actividades comprometidas.<br>14. Cierta frustración de expectativas profesionales.<br>15. Escaso desarrollo de política de reclutamiento, selección y desvinculación.<br>16. No se tiene protocolo de inducción y orientación al servicio.<br>17. No existe política de perfeccionamiento universitario - técnico, que permita acceder a cargos de mayor responsabilidad.<br>18. Falta trabajo permanente en motivación del personal, con énfasis en espíritu de superación y satisfacción personal.<br>19. No existe política de reconocimiento orientado en los valores institucionales.<br>20. Escasa percepción por parte de los profesionales de su papel social, como agentes importantes en un sistema general de atención y de las exigencias éticas que esto implica.<br>21. Se debe mejorar en instrumentos de comunicación y coordinación.<br>22. Falta de desarrollo de actividades extra programáticas, que fomente la unidad entre funcionarios.<br>23. No existe proceso de admisión normado y estructurado.<br>24. Ausencia de referente u encargado de calidad por unidad o servicio clínico.<br>25. Ausencia de Plan de Calidad con una visión global de la institución, con objetivos anuales de calidad, formalmente establecidos por profesionales y dirección del establecimiento.<br>26. Insuficiente protocolización en actividades y tareas realizadas por alumnos de las universidades que se tiene convenios. |

## ANÁLISIS EXTERNO

| TIPOS DE OPORTUNIDADES | OPORTUNIDADES |
|---|---|
| FACTORES POLÍTICOS Y SOCIALES | 1. Nuevas leyes o regulaciones que favorezcan al Hospital.<br>2. Acuerdos comerciales con otros países.<br>3. Cambios culturales y de costumbres. |
| FACTORES ECONÓMICOS | 1. Crecimiento económico del país |
| FACTORES TECNÓLOGICOS | 1. Nuevas tecnologías que faciliten tus procesos o reduzcan tus costos. |
| FACTORES DEMOGRÁFICOS | 1. Aumento de la población.<br>2. Envejecimiento de la población. |
| MERCADO Y COMPETENCIA | 1. Nuevos mercados y segmentos.<br>2. Necesidades insatisfechas.<br>3. Aumento en la demanda por nuestros servicios.<br>4. Existencia de pocos competidores en el mercado. |

| ANÁLISIS EXTERNO | |
|---|---|
| **TIPOS DE AMENAZAS** | **AMENAZAS** |
| **FACTORES POLÍTICOS Y SOCIALES** | 1. Nuevas leyes o regulaciones que desfavorezcan al Hospital.<br>2. Conflictos Gremiales.<br>3. Cambios culturales y de costumbres. |
| **FACTORES ECONÓMICOS** | 4. Desaceleración del crecimiento económico del país.<br>5. Aumento de los precios de los insumos.<br>6. Encarecimiento de los especialistas. |
| **FACTORES TECNÓLOGICOS** | 1. Nuevas tecnologías que dejen obsoletos los equipos o instalaciones.<br>2. Nuevas tecnologías que dejen obsoletos los procesos. |
| **FACTORES DEMOGRÁFICOS** | 7. Aumento de la población.<br>8. Envejecimiento de la población. |
| **MERCADO Y COMPETENCIA** | 9. Cambios en las necesidades y preferencias de los usuarios.<br>10. Aparición de nuevos competidores.<br>11. Aparición de productos o servicios sustitutos.<br>12. Existencia de muchos competidores en el mercado. |

## 11. FACTORES CLAVES DE ÉXITO.

- Contar con flujos de información efectivos en toda la organización.
- Involucramiento activo de los equipos en la gestión clínica.
- Equipo Directivo con capacidad y habilidad para transmitir la convicción y motivación el Plan Estratégico a los equipos clínicos y administrativos.
- Profundizar el control de gestión local y transversal.

## 12. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

| PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y DESARROLLO | |
|---|---|
| **AD.1** | **OPTIMIZAR Y FOMENTAR EL USO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN** |
| AD.1.1 | Fortalecer el uso de los sistemas de información implementados por estrategia SIDRA. |
| AD.1.2 | Entrega oportuna y con mínimo de errores de Rem's. |
| AD.1.3 | Contar con información de análisis clínico fidedigna. |
| AD.1.4 | Utilizar el sistema de costeo estandarizado para el correcto costeo en la institución. |
| AD.1.5 | Potenciar la planificación y programación de las compras del Establecimiento. |
| AD.1.6 | Disminuir las compras por trato directo potenciando los procesos normales de compra pública. |
| **AD.2** | **COLABORAR EN EL DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN, EFICIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN.** |
| AD.2.1 | Reestructurar y relevar el área de la gestión de RR.HH dentro de la Organización |
| AD.2.2 | Controlar y reducir los problemas de salud funcionaria |
| AD.2.3 | Contar con funcionarios capacitados en temas atingentes al cargo o función |
| AD.2.4 | Contar con diagnóstico sobre calidad de vida laboral. Diseño y sociabilización sobre plan de mejora de calidad de vida funcionaria. |
| AD.2.5 | Actualizar, difundir y profundizar el proceso de inducción y orientación del establecimiento |
| AD.2.6 | Realizar Diagnóstico en ítem 21 del Control de Gastos Área Recursos Humanos en Centros de Responsabilidad pertinentes |
| **AD.3** | **POTENCIAR LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS CLÍNICOS CRÍTICOS** |
| AD.3.1 | Contar con mejora continua de los procesos clínicos mediante un programa anual. |
| **AD.4** | **CONSOLIDAR, FORTALECER Y MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN** |
| AD.4.1 | Fortalecer la calidad y seguridad asistencial. |

| PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS | |
|---|---|
| **PI.1** | **CONTROLAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS FINANCIEROS CRÍTICOS.** |
| PI.1.1 | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. |
| **PI.2** | **FORTALECER LOS PROCESOS CLÍNICOS, DE APOYO Y LOGÍSTICOS.** |
| PI.2.1 | Promover y aumentar la CMA |
| PI.2.2 | Gestionar Atención en Unidad de Emergencia del Hospital |
| PI.2.3 | Disminuir las consultas espontáneas de casos de baja complejidad (C4 y C5) en las unidades de emergencia hospitalaria |
| PI.2.4 | Gestionar la dispensación de medicamentos |
| PI.2.5 | Asegurar las prestaciones médicas asociadas a la utilización de Equipos Médicos |
| PI.2.6 | Optimizar la respuesta de insumos a la demanda interna y evitar obsolencia de sobre stock |
| **PI.3** | **UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN.** |
| PI.3.1 | Mejorar la coordinación del acto quirúrgico programado, entregando calidad y satisfacción. |

| | |
|---|---|
| PI.3.2 | Utilizar eficientemente el recurso cama, instalaciones y servicios. |
| PI.3.3 | Mejorar el rendimiento de la producción. |
| **PI.4** | **APLICAR PROCESOS CLÍNICOS QUE PERMITAN RESGUARDAR LA ATENCIÓN DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD AL USUARIO.** |
| PI.4.1 | Contribuir a aumentar la calidad y seguridad del paciente. |
| **PI.5** | **INSPECCIONAR Y VERIFICAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN.** |
| PI.5.1 | Revisar procesos críticos en la institución. |
| PI.5.2 | Mejorar los aspectos detectados en la revisión de procesos críticos. |

| PERSPECTIVA FINANCIERA | |
|---|---|
| **F.1** | **MANTENER CONTROL DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL.** |
| F.1.1 | Tender a la ecuanimidad y armonía de ingresos y gastos del presupuesto del Establecimiento. |
| F.1.2 | Potenciar e Implementar un nuevo modelo de financiamiento hospitalario. |
| F.1.3 | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. |
| **F.2** | **EFECTUAR MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN.** |
| F.2.1 | Optimizar la gestión de camas |
| F.2.2 | Optimizar la continuidad en la atención de camas críticas. |
| F.2.3 | Utilizar eficientemente el recurso pabellón |
| F.2.4 | Utilizar eficientemente las horas laborales de los funcionarios. |
| **F.3** | **CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE ESTANCIA DE LOS USUARIOS EN EL RECURSO CAMA DEL ESTABLECIMIENTO.** |
| F.3.1 | Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento. |
| **F.4** | **DISMINUIR Y/O REDUCIR LOS COSTOS PRODUCIDOS POR LA NO CALIDAD.** |
| F.4.1 | Analizar, revisar y mejorar elementos para la seguridad del paciente. |

| PERSPECTIVA USUARIO | |
|---|---|
| **U.1** | **MEJORAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS.** |
| U.1.1 | Garantizar la atención en consultas médicas de especialidad de los usuarios del Establecimientos. |
| U.1.2 | Garantizar atención y tratamiento para usuarios GES. |
| U.1.3 | Disminuir de Tiempos de Espera para Intervenciones Quirúrgicas. |
| U.1.4 | Disminuir Tiempos de Espera para Consultas de Especialidad. |
| **U.2** | **FOMENTAR LA RESPUESTA DE RECLAMOS Y PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA INSTITUCIÓN.** |
| U.2.1 | Contestar oportunamente a los reclamos generados por los usuarios. |
| U.2.2 | Generar instancias de participación para la comunidad y/o usuarios. |
| **U.3** | **IMPULSAR UNA ARTICULACIÓN ACTIVA CON LA RED EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.** |
| U.3.1 | Mejorar el acceso y oportunidad de atención en interconsultas para los usuarios de la red. |
| **U.4** | **OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS RESGUARDANDO SU SEGURIDAD Y DIGNIDAD, Y REDUCIENDO COSTOS.** |
| U.4.1 | Aumentar la eficiencia y reducir costos otorgando mayor calidad en las prestaciones asistenciales. |
| **U.5** | **ENTREGAR ATENCIÓN AL USUARIO MEDIANTE UNA BUENA SATISFACCIÓN Y CONFORT.** |
| U.5.1 | Fortalecer la información, el acompañamiento y la satisfacción usuaria. |
| U.5.2 | Conocer la opinión de los usuarios para realizar mejoras. |

## 13. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO.

Como producto de este plan se define un Plan Anual de Actividades, organizado por Responsables. Para cada indicador se define un responsable de su monitoreo y evaluación.

El Departamento de Control de Gestión, es el responsable de hacer el seguimiento mensual y evaluación anual acumulada del Plan, para lo cual recibirá la información de cada uno de los referentes definidos.

## 14. CUADRO DE MANDO PARA HOSPITALES AUTOGESTIONADOS EN RED

| | SUSTENTABILIDAD FINANCIERA | EFICIENCIA OPERACIONAL | GESTIÓN CLÍNICA | EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| **PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y DESARROLLO** | OPTIMIZAR Y FOMENTAR EL USO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN. | COLABORAR EN EL DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN, EFICIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA INSTITUCIÓN. | POTENCIAR LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS CLÍNICOS CRÍTICOS. | CONSOLIDAR, FORTALECER Y MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN. |
| **PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS** | CONTROLAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS FINANCIEROS CRÍTICOS | **1)**FORTALECER LOS PROCESOS CLÍNICOS, DE APOYO Y LOGÍSTICOS **2)**UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN | APLICAR PROCESOS CLÍNICOS QUE PERMITAN RESGUARDAR LA ATENCIÓN DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD AL USUARIO | INSPECCIONAR Y VERIFICAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN |
| **PERSPECTIVA FINANCIERA** | MANTENER CONTROL DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL. | EFECTUAR MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN. | CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE ESTANCIA DE LOS USUARIOS EN EL RECURSO CAMA DEL ESTABLECIMIENTO. | DISMINUIR Y/O REDUCIR LOS COSTOS PRODUCIDOS POR LA NO CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. |
| **PERSPECTIVA USUARIOS** | MEJORAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS. | FOMENTAR LA RESPUESTA DE RECLAMOS Y PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA INSTITUCIÓN. | IMPULSAR UNA ARTICULACIÓN ACTIVA CON LA RED EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. | **1)** OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS RESGUARDANDO SU SEGURIDAD Y DIGNIDAD, Y REDUCIENDO COSTOS. **2)** ENTREGAR ATENCIÓN AL USUARIO MEDIANTE UNA BUENAS ATISFACCIÓN Y CONFORT. |

## 15. PLAN OPERATIVO 2016-2018

| PERSPECTIVA | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APENDIZAJE Y DESARROLLO | OPTIMIZAR Y FOMENTAR EL USO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN LA INSTITUCIÓN | Fortalecer el uso de los sistemas de información implementados por estrategia SIDRA. | Sistemas de Información en Uso | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Fortalecer el uso de los sistemas de información implementados por estrategia SIDRA. | Uso del Registro Clínico Electrónico y Licencia Médica Electrónica | ≥85% | ≥90% | ≥95% | ≥100% |
| | | Entrega oportuna y con mínimo de errores de Rem's. | Entregar de registros estadísticos | 85% | 90% | 95% | 95% |
| | | Contar con información de análisis clínico fidedigna. | Porcentaje de Codificación GRD en egresos Hospitalarios y en Cirugía Mayor Ambulatoria | 70% | 90% | 100% | 100% |
| | | Utilizar el sistema de costeo estandarizado para el correcto costeo en la institución. | Uso de Sistema de costeo WinSIG o PERC según Requerimiento MINSAL | SI | SI | SI | SI |
| | | Potenciar la planificación y programación de las compras del Establecimiento. | Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1 | ≤20% | ≤20% | ≤20% | ≤20% |
| | | Disminuir las compras por trato directo potenciando los procesos normales de compra pública. | Porcentaje de Órdenes de Compra por Trato Directo | ≤20% | ≤20% | ≤20% | ≤20% |
| PROCESOS INTERNOS | CONTROLAR Y OPTIMIZAR LOS PROCESOS FINANCIEROS CRÍTICOS | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. | Porcentaje de Disminución de la deuda | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. | Porcentaje de Prestaciones Costeadas | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. | Porcentaje de Devengamiento oportuno de facturas | 90% | 90% | 90% | 90% |
| FINANCIERA | MANTENER CONTROL DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL | Tender a la ecuanimidad y armonía de ingresos y gastos del presupuesto del Establecimiento. | Equilibrio Financiero | ≤1,0 | ≤1,0 | ≤1,0 | ≤1,0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Potenciar e Implementar un nuevo modelo de financiamiento hospitalario. | Implementación Proyecto de Pago Presupuestario Clínico-Financiero (GRD) | Sociabilización | Implementación-Evaluación | Implementación-Evaluación | Implementación-Evaluación |
| | | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. | Gestión de Pago Oportuno de Facturas | ≤60 | ≤60 | ≤60 | ≤60 |
| | | Resguardar los recursos financieros del Establecimiento. | Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios | ≥5% L.B | ≥5% L.B | ≥5% L.B | ≥5% L.B |
| USUARIO | MEJORAR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS | Garantizar la atención en consultas médicas de especialidad de los usuarios del Establecimientos. | Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista | ≥95% | ≥95% | ≥95% | ≥95% |
| | | Garantizar atención y tratamiento para usuarios GES. | Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad AUGE | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Disminuir de Tiempos de Espera para Intervenciones Quirúrgicas. | Reducir el tiempo de espera por una Intervenciones Quirúrgicas, egresando todas las personas ingresadas con fecha anterior al corte anual | 0% <2012 | 0% <2013 | 0% <2014 | 0% <2015 |
| | | Disminuir Tiempos de Espera para Consultas de Especialidad. | Reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad, egresando todas las personas ingresadas con fecha anterior al corte anual | 0% <2013 | 0% <2014 | 0% <2015 | 0% <2016 |

| PERSPECTIVA | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APENDIZAJE Y DESARROLLO | COLABORAR EN EL DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN, EFICIENCIA Y CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES DE LA | Reestructurar y relevar el área de la gestión de RR.HH dentro de la Organización | Implementar la Subdirección de RR.HH en el Establecimiento. | 0% | 100% | 0% | 0% |
| | | Controlar y reducir los problemas de salud funcionaria. | Índice de Días de Ausentismo Laboral por Licencias Médicas | ≤18días | ≤18días | ≤18días | ≤18días |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | INSTITUCIÓN. | | Curativas. | | | | |
| | | Controlar y reducir los problemas de salud funcionaria. | Elaboración informe de ausentismo. | 0% | Trimestral | Trimestral | Trimestral |
| | | Contar con funcionarios capacitados en temas atingentes al cargo o función. | Porcentaje de Funcionarios Capacitados que Ejercen Funciones de Jefatura. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Contar con funcionarios capacitados en temas atingentes al cargo o función. | Porcentaje de Funcionarios Capacitados regidos por el estatuto administrativo durante el año en curso. | 50% | 50% | 50% | 50% |
| | | Contar con diagnóstico sobre calidad de vida laboral. Diseño y sociabilización sobre plan de mejora de calidad de vida funcionaria. | Porcentaje de cumplimiento del plan de calidad de vida laboral con metodología participativa. | Plan | Implementación | Implementación | Evaluación |
| | | Actualizar, difundir y profundizar el proceso de inducción y orientación del establecimiento. | Porcentaje de Funcionarios/as Contratados (Proceso Reclutamiento y Selección. Reemplazos superior a 3 meses) con Inducción. | 0% | 100% | 100% | 100% |
| | | Realizar Diagnóstico en ítem 21 del Control de Gastos Área Recursos Humanos en Centros de Responsabilidad pertinentes. | Realizar Diagnóstico en ítem 21 del Control de Gastos Área Recursos Humanos en Centros de Responsabilidad pertinentes. | 0% | Reporte Mensual | Reporte Mensual | Reporte Mensual |
| PROCESOS INTERNOS | FORTALECER LOS PROCESOS CLÍNICOS, DE APOYO Y LOGÍSTICOS | Promover y aumentar la CMA. | Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria en Pacientes Mayores de 15 Años. | ≥25% | ≥25% | ≥25% | ≥25% |
| | | Gestionar Atención en Unidad de Emergencia del Hospital. | Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria. | 100% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Gestionar Atención en Unidad de Emergencia del Hospital. | Oportunidad de Hospitalización para Pacientes desde UEH. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Disminuir las consultas espontáneas de casos de baja complejidad (C4 y C5) en las unidades de emergencia hospitalaria. | Porcentaje de disminución de pacientes categorizados C4 y C5 adulto y pediátricos. | Plan | ≥3% respecto 2015 | ≥5% respecto 2016 | ≥5% respecto 2017 |
| | | Gestionar la dispensación de medicamentos. | Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno. | 99.50 % | 99.50 % | 99.50 % | 99.50 % |
| | | Gestionar la dispensación de medicamentos. | Porcentaje de Implementación Dosis Diaria | 95% | 95% | 95% | 95% |
| | | Gestionar la dispensación de medicamentos. | Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico | ≥90% | | | |
| | | Asegurar las prestaciones médicas asociadas a la utilización de Equipos Médicos. | Porcentaje de Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo Equipos Médicos. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Optimizar la respuesta de insumos a la demanda interna y evitar obsolencia de sobre stock. | Rotación del Inventario de Dispositivos Médicos (DM). | ≥8 | ≥9 | ≥10 | ≥11 |
| | UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN | Mejorar la coordinación del acto quirúrgico programado, entregando calidad y satisfacción. | Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas. | ≤10% | ≤10% | ≤10% | ≤10% |
| | | Utilizar eficientemente el recurso cama, instalaciones y servicios. | Promedio de Días de Hospitalización Prequirúrgicos. | ≤1 | ≤2 | ≤3 | ≤4 |
| | | Mejorar el rendimiento de la producción. | Rendimiento de las Horas Contratadas. | ≥1%LB | ≥1%LB | ≥1%LB | ≥1%LB |
| | | Utilizar eficientemente el recurso cama, instalaciones y servicios. | Porcentaje de Días Cama Ocupados por Paciente con Nivel de Riesgo Dependencia D2 D3. | ≤8% | ≤8% | ≤8% | ≤8% |
| FINANCIERA | EFECTUAR MEJORAMIENT | Optimizar la gestión de camas. | Índice Ocupacional. | 80%≤ X≤ | 80%≤ X≤ | 80%≤ X≤ | 80%≤ X≤ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | O DE LA PRODUCTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN | | | 90% | 90% | 90% | 90% |
| | | Optimizar la continuidad en la atención de camas críticas. | Porcentaje de Camas Críticas Disponibles | ≥98% | ≥98% | ≥98% | ≥98% |
| | | Utilizar eficientemente el recurso pabellón. | Porcentaje de Utilización de Pabellones Quirúrgicos Electivos. | ≥85% | ≥85% | ≥85% | ≥85% |
| | | Utilizar eficientemente las horas laborales de los funcionarios. | Gasto en Horas Extraordinarias. | ≤5%LB | ≤5%LB | ≤5%LB | ≤5%LB |
| USUARIO | FOMENTAR LA RESPUESTA DE RECLAMOS Y PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA INSTITUCIÓN. | Contestar oportunamente a los reclamos generados por los usuarios. | Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Generar instancias de participación para la comunidad y/o usuarios. | Participación Ciudadana. | 100% | 100% | 100% | 100% |

| PERSPECTIVA | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APENDIZAJE Y DESARROLLO | POTENCIAR LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS CLÍNICOS CRÍTICOS. | Contar con mejora continua de los procesos clínicos mediante un programa anual. | Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión Clínica definido en la Planificación Estratégica. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| PROCESOS INTERNOS | APLICAR PROCESOS CLÍNICOS QUE PERMITAN RESGUARDAR LA ATENCIÓN DE CALIDAD Y DE SEGURIDAD AL USUARIO. | Contribuir a aumentar la calidad y seguridad del paciente. | Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos. | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| FINANCIERA | CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DE ESTANCIA DE LOS USUARIOS EN EL RECURSO CAMA DEL ESTABLECIMIENTO. | Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento. | Índice Funcional. | ≤1 | ≤1 | ≤1 | ≤1 |
| | | Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento. | Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior. | ≤6,5% | ≤6,5% | ≤6,5% | ≤6,5% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Utilizar eficientemente el uso de camas dentro del Establecimiento. | Promedio días estada. | ≤6 días | ≤6 días | ≤6 días | ≤6 días |
| USUARIO | IMPULSAR UNA ARTICULACIÓN ACTIVA CON LA RED EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. | Mejorar el acceso y oportunidad de atención en interconsultas para los usuarios de la red. | Porcentaje de Consultas Médicas Nuevas Ambulatorias de Especialidades. | ≥30% | ≥30% | ≥30% | ≥30% |

| PERSPECTIVA | OBJETIVOS ESTRATEGICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | INDICADOR | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APENDIZAJE Y DESARROLLO | CONSOLIDAR, FORTALECER Y MEJORAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN. | Fortalecer la calidad y seguridad asistencial. | Porcentaje de Cumplimiento de Requisitos para la Acreditación | 100% | 100% | 100% | 100% |
| PROCESOS INTERNOS | INSPECCIONAR Y VERIFICAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN. | Revisar procesos críticos en la institución. | Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Mejorar los aspectos detectados en la revisión de procesos críticos. | Porcentaje de Compromisos de Mejora Implementados, producto de una Auditoría | 90% | 90% | 90% | 90% |
| FINANCIERA | DISMINUIR Y/O REDUCIR LOS COSTOS PRODUCIDOS POR LA NO CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. | Analizar, revisar y mejorar elementos para la seguridad del paciente. | Porcentaje de Reintervenciones Quirúrgicas no Programadas. | 4% | 4% | 4% | 4% |
| USUARIO | OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS RESGUARDANDO SU | Aumentar la eficiencia y reducir costos otorgando mayor calidad en las prestaciones asistenciales. | Pacientes con Ulceras o Lesiones por Presión. | 10%LB | META MINSAL | META MINSAL | META MINSAL |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SEGURIDAD Y DIGNIDAD, Y REDUCIENDO COSTOS. | Aumentar la eficiencia y reducir costos otorgando mayor calidad en las prestaciones asistenciales. | Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor. | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | ENTREGAR ATENCIÓN AL USUARIO MEDIANTE UNA BUENA SATISFACCIÓN Y CONFORT. | Fortalecer la información, el acompañamiento y la satisfacción usuaria. | Cumplimiento de las Medidas para Certificar como Hospital Amigo. | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Conocer la opinión de los usuarios para realizar mejoras. | Porcentaje de Satisfacción Usuaria en Urgencia y Área Ambulatoria. | 80% | 80% | 80% | 80% |

## 16. POLITICAS CORPORATIVAS

### 16.1. POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

El Hospital San Juan de Dios de Los Andes es un establecimiento hospitalario público, cuya administración del Recurso Humano está normada y regulada a través de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo y la Ley 19.664 que establece normas especiales para funcionarios que indica de los Servicios de Salud y la Ley 15.076.

Al mismo tiempo se rige por las normas y orientaciones técnico-administrativas emanadas desde el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Aconcagua, en la implementación de procesos de reclutamiento, inducción, remuneración, capacitación, evaluación, incentivos, sanciones, servicio de bienestar, reconocimientos, desvinculación, requerimiento de cierre de brechas de dotación de personal, y otras materias específicas de la gestión del recurso humano de la institución.

En caso de situación de carencia de personal en situaciones contingentes o situaciones críticas para la segura atención de los pacientes, el establecimiento recurre racionalmente a la compra de servicios a terceros o externalización de servicios, de acuerdo a la normativa vigente.

Con el objeto de desarrollar las políticas de gestión del recurso humano definidas por el marco normativo ya señalado, el establecimiento establece en su estructura en un Departamento responsable de la gestión del recurso humano.

El Departamento de Recursos Humanos dependiente de la Dirección del establecimiento, busca posicionar la administración del capital humano como un foco estratégico, favoreciendo el desarrollo, planificación y control de las distintas áreas que intervienen en la adecuada gestión del recurso humano, transformándose en un departamento técnico asesor de la Dirección.

El objetivo central del posicionamiento de RRHH como un departamento de primera línea y su desarrollo interno, tiene como objetivo final ser un ente técnico para el apoyo en la toma de decisiones de la Dirección, garantizar la implementación adecuada del marco normativo que nos regula y desarrollar estrategias conducentes al compromiso organizacional de los funcionarios.

El déficit de personal generado por las diversas causales de ausentismo se reemplazará oportunamente en base a criterios técnicos y económicos de acuerdo al nivel de actividad e índice de ocupación de camas en trabajo. Se trabajará un Protocolo de Ausentismo con la Comisión Integral de Salud de los Funcionarios, para abordar el alto índice de Licencias Médicas Curativas.

De Reclutamiento y Selección de Personal

El proceso de selección de personal se efectuará sobre la base de criterios estandarizados, transparentes e informados, considerando procedimientos que resguarden la confidencialidad de la información recabada y que se encuentren validados mediante evaluación técnica y psicológica que provean los cargos según los perfiles de competencia efectivamente deseados, evitando discriminaciones, otorgando igualdad de oportunidad de ingreso para los postulantes y generando alternativas que permitan a la jefatura elegir al candidato idóneo.

De Inducción y Orientación del Personal

Se desarrollarán programas de integración y orientación para el personal que ingrese al establecimiento, que permita a hacer más expedito el proceso de socialización, tanto en lo relativo a sus derechos, deberes y tareas del cargo, como en lo atingente a los objetivos, principios, normas y cultura que caracteriza el accionar de la Institución.

De Aplicación de Recursos Humanos

Las distintas unidades del establecimiento deberán tender a la óptima utilización de los recursos humanos, de tal manera que su contribución permita al Hospital alcanzar los objetivos establecidos.

Se valorará la movilidad del personal en los distintos niveles de complejidad de un mismo proceso y, fundamentalmente, se promoverá el trabajo en equipo y participación activa de los funcionarios en los procesos de toma de decisiones, especialmente en los temas y ámbitos que, por su formación o preparación, sean más competentes.

De Planes de Carrera Funcionaria

Desarrollando acciones tendientes a compatibilizar las expectativas personales de remuneraciones con el desempeño efectivo y las posibilidades presupuestarias de la organización, promoviendo y/o mejorando el nivel de remuneraciones, en la medida que la situación presupuestaria lo permita y sustentado en un proceso de evaluación permanente de competencias.

De Evaluación de Desempeño

Evaluar el desempeño y las aptitudes de cada funcionario, identificando fortalezas y debilidades, permitir el reconocimiento institucional al buen desempeño funcionario, sirviendo de base para el ascenso, la capacitación, los estímulos y la eliminación de la Institución. Contribuir como una herramienta fundamental para la toma de decisiones en materia de administración de recursos humanos y mejorar el entendimiento entre la jefatura y el subalterno. Fortalecer la función de la evaluación del desempeño desde un punto de vista instrumental dignificando la función pública y ampliar los espacios de participación. Facilitando la medición de los resultados, mejorando el desempeño y fijando las metas, así como identificando las necesidades de desarrollo, revisando las aspiraciones de carrera y otorgando reconocimientos.

De Mantención De Recursos Humanos

El sistema de remuneraciones de la institución está inserto en las normas generales de la Administración del Estado y en particular en las normativas del Sector Salud. Reconociendo este marco, el hospital se compromete a aplicarlo a su personal con especial apego al valor de la igualdad de oportunidades y según principios de equidad y transparencia cualquiera sea la calidad jurídica del funcionario.

De Incentivos

Se establecerán los mecanismos necesarios para asegurar la transparencia e igualdad de oportunidades, tanto en las posibilidades de acreditación, como en los procesos de evaluación reglamentados, para la aplicación de las diferentes asignaciones asociadas a incentivo, establecidas por la legislación vigente para los funcionarios del sector.

De Información y Orientación al personal

El Hospital en general y cada Unidad en particular, velarán porque los funcionarios estén lo suficiente y permanentemente informados de los objetivos, estrategias y logros institucionales e individuales, así como de aquellos referidos a sus derechos y deberes como trabajadores y trabajadoras del establecimiento, convocatorias, y beneficios que otorga el Servicio de Bienestar entre otros.

De Calidad de vida Laboral

Se mantendrán y desarrollarán las siguientes líneas de acción, tendientes a ofrecer un ambiente laboral saludable, que promueva el crecimiento personal y el bienestar familiar y social de los trabajadores a través del fomento de estilos de vida saludables, vida activa, protección de los riesgos físicos y psicológicos.
Salud Ocupacional

Se desarrollará un programa de mejoramientos tendientes a disminuir los riesgos presentes en el entorno laboral a través de sus programas intervenciones que aborden aspectos del ámbito laboral, económico, cultural, recreativo, social y familiar de los funcionarios. Atención de salud para funcionarios, para lo cual el Hospital mantendrá, con un enfoque biopsicosocial, un sistema de atención de salud de los funcionarios el que contemplará programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, adecuando según criterios epidemiológicos, económicos y demográficos, los actuales policlínicos de atención médica, odontológica, salud mental y enfermería.

Capacitación y Formación

El programa anual de capacitación tendrá que dar cuenta de las necesidades detectadas en escenarios actuales y proyecciones futuras de gestión, sustentado en un diagnóstico participativo que incorpore la metodología de brechas de competencias. Se cuenta con un programa anual de capacitación y programas extraordinarios de capacitación y formación. En el caso de este último, se procederá a definir con la debida proyección, la especialización de personal en aquellas áreas de la gestión técnica y/o administrativa en las que no sea factible contratar especialistas, ya sea porque no hay profesionales disponibles, o existiendo, no se interesan en trabajar en el establecimiento.

Política de desvinculación

Se establecen acciones por desvinculación anticipada, por término de contrato por aplicación de medida disciplinaria o por renuncia voluntaria. En el caso de desvinculación natural, será política del Hospital, facilitar el egreso de los funcionarios que estén en condiciones de jubilar.

Políticas de relaciones laborales

Los principios son: Valoración al diálogo, respeto mutuo. La gestión general de las relaciones laborales será responsabilidad del Director del Hospital, no obstante, cada nivel directivo, estará facultado para sostener entrevistas o reuniones con las asociaciones gremiales y colegios profesionales para tratar temas de áreas específicas. Por ello, será obligación de cada jefatura recibir a los dirigentes y entregar la información solicitada, salvo aquella que tenga carácter de reservado. Se establecerán mecanismos de participación en áreas de selección e inducción del personal, capacitación, mejoramiento del entorno laboral, promoción de la salud, evaluación del desempeño y bienestar. Para este efecto, se considerará a representantes de los Gremios en las Comisiones o Comités correspondientes.

## 16.2. PLAN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA & POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN DE GESTIÓN FINANCIERO CONTABLE Y PRESUPUESTARIA

El plan administrativo y gestión financiero-contable se adecua a la directriz a la cual se tenderá a la consecución del equilibrio presupuestario. Para ello, el control en el uso de los recursos financieros y la estructura de costo en todo el proceso productivo, es prioritario para garantizar el equilibrio financiero.

El compromiso productivo con las autoridades sanitarias responderá a la propuesta presupuestaria
y estructura de ingresos, supervigilando en cumplimiento de producción para prevenir desequilibrios presupuestarios.

Se desarrollarán alianzas y estrategias comerciales para aumentar ingresos o solventar gastos con mejores oportunidades de mercado y economías de escala.

Se buscará incrementar los ingresos propios mediante estrategias de comercialización, como una actividad complementaria para el financiamiento del establecimiento, desarrollando una gestión de cobranza eficaz y eficiente.

Se realizarán las siguientes acciones que forman parte del Plan Administrativo y política de Acción de Gestión financiero Contable y Presupuestaria:

- Definición de un plan de compras.
- Equilibrio financiero.
- Participación del pago vía piloto GRD.
- Cumplimiento convenio PPV-GES.
- Control de órdenes de compra.

Se utilizarán los sistemas ministeriales y propios para el desarrollo de dichas actividades tales como SIGFE, SIRH, MERCADO PÚBLICO, ANALIZA, CHILEPAGA, SSA Menú.

Para dar respuesta a todo lo anterior es importante considerar en orden de ideas la formulación presupuestaria, formulación de plan anual de inversiones, formulación del plan anual de compras y formulación anual de mantenimiento.

Todo lo anterior requiere un mecanismo de control del gasto que permita optimizar los ingresos y recursos financieros para el desarrollo de actividades, como así mismo velar por el uso racional y eficiente de estos recursos de plena conformidad en lo establecido en la Ley de presupuesto y en el marco normativo vigente que regula materias específicas.

## 16.3. PLAN ANUAL DE INVERSIONES

El plan de inversiones estará dado por la elaboración de un banco de proyectos para reposición y adquisición de necesidades de inversión en equipamiento e instrumental. Dicho levantamiento se hará en conjunto con los servicios clínicos.

Una vez que se realice el levantamiento de necesidades, se elaborarán proyectos que contengan la descripción del equipamiento e instrumental, además de asignar el costo unitario y costo total de la posible adquisición, para ello se realizará un estudio de costos con a lo menos 3 proveedores por requerimiento, cuando sea posible, más las justificaciones de las adquisiciones requeridas.

Finalizado el proceso anterior, se remitirá los proyectos de inversión al Servicio de Salud Aconcagua para que busque y analice las fuentes de financiamiento, sean estas de orden Ministerial o de Fondos Regionales.

Respecto de los necesidad o requerimiento de equipos menores el Establecimiento incorporará dicha necesidad en su formulación presupuestaria priorizando según presupuesto vigente y entregando requerimiento al Servicio de Salud Aconcagua para posible financiamiento.

| LISTADO DE PROYECTOS PRIORIZADOS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO DE PROYECTO (GES / CIRCULAR 33) | NOMBRE PROYECTO | UNIDAD | EQUIPO/ EQUIPAMIENTO / INSTRUMENTAL/VEHÍCULO | CANTIDAD | COSTO UNITARIO (M$ IVA INCL) | COSTO TOTAL (M$ IVA INCL) | ÍTEM PRESUPUESTARIO SUBTÍTULO 29 *(05 MÁQUINAS Y EQUIPOS, 04 MOBILIARIO Y OTROS, 03 VEHÍCULOS)* |
| 1 | CIRCULAR 33 | REPOSICION CATRES CLINICOS PARA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO | UTI | CATRES CLINICOS | 12 | $ 8,000,000 | $ 96,000,000 | 04 MOBILIARIO Y OTROS |
| 2 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN VENTILADOR MECÁNICO INVASIVO TIPO | UTI | VENTILADOR MECÁNICO INVASIVO | 1 | $ 18,500,000 | $ 18,500,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 3 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN VENTILADOR MECÁNICO NO INVASIVO DE TIPO BIPAP | UTI/URGENCIA | VENTILADOR MECÁNICO NO INVASIVO DE TIPO BIPAP | 4 | $ 11,000,000 | $ 44,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 4 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN DE ECOTOMÓGRAFO PORTATIL CON TRANSDUCTOR VASCULAR Y TRANSDUCTOR CARDIACO ADULTO | PABELLÒN CENTRAL | ECOTOMÓGRAFO PORTATIL MAS TRANSDUCTOR | 1 | $ 15,500,000 | $ 15,500,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 5 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN DE EQUIPO INTENSIFICADOR DE IMÁGENES | PABELLÒN CENTRAL | EQUIPO INTENSIFICADOR DE IMÁGENES (SUSTRACCIÒN DIGITAL) | 1 | $ 120,000,000 | $ 120,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 6 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÒN MÁQUINA DE ANESTESIA | PABELLÒN CENTRAL | MÁQUINA DE ANESTESIA | 1 | $ 28,000,000 | $ 28,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 7 | GES | REPOSICION DE EQUIPAMIENTO PARA CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLÓGICA | PABELLÒN CENTRAL | CAJAS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PROSTATA MAS ÓPTICA Y FIBRA ÓPTICA | 2 | $ 8,700,000 | $ 17,400,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 8 | GES | REPOSICIÓN FIBROURETERORENOSCOPIO RÍGIDO CON ACCESORIOS | PABELLÒN CENTRAL | URETEROFIBROSCOPIO RÍGIDO | 2 | $ 9,657,112 | $ 19,314,224 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 9 | GES | REPOSICIÓN FIBROURETERORENOSCOPIO FLEXIBLE CON ACCESORIOS | PABELLÒN CENTRAL | URETERORENOFIBROSCOPIO FLEXIBLE | 1 | $ 25,465,736 | $ 25,465,736 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 10 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÒN MONITOR DE APNEA DE RECIÉN NACIDO. | NEONATOLOGIA/PEDIATRIA | MONITOR DE APNEA | 4 | $ 1,500,000 | $ 6,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 11 | GES | ADQUISICIÓN DE MONITOR CARDIOFETAL | MATERNIDAD | MONITOR CARDIO FETAL | 2 | $ 3,500,000 | $ 7,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 12 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN DE AUTOCLAVE | LABORATORO CLÌNICO | AUTOCLAVE MEDIANO VERTICAL | 1 | $ 2,000,000 | $ 2,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 13 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN MICROSCOPIO DE BACTERIOLOGIA Y PARASITOLOGIA. | LABORATORO CLÌNICO | MICROSCOPIO DE BACTERIOLOGIA Y PARASITOLOGIA. | 2 | $ 1,500,000 | $ 3,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 14 | CIRCULAR 33 | ADQUISICION DE ECOCARDIOGRAFO | IMAGENOLOGÌA | ECOCARDIOGRAFO CON TRANSDUCTOR TRANSTORAXICO ADULTO Y TRANSESOFAGICO | 1 | $ 80,000,000 | $ 80,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 15 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN EQUIPO DE RADIOGRAFÍA PORTÁTIL | IMAGENOLOGÌA | EQUIPO DE RADIOGRAFÍA PORTÁTIL | 1 | $ 120,000,000 | $ 120,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 16 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN MONITOR MULTIPARÁMETRO | PABELLÒN CENTRAL | MONITOR MULTIPARÁMETRO | 6 | $ 3,500,000 | $ 21,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 17 | CIRCULAR 33 | ADQUISIÓN CARRO DE ANESTESIA PARA PABELLON CIRUGÍA MENOR | CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES | CARRO DE ANESTESIA | 1 | $ 1,200,000 | $ 1,200,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 18 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN DE CAFFOMETRO | UTI/URGENCIA | CUFFOMETRO | 2 | $ 120,000 | $ 240,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 19 | CIRCULAR 3 | ADQUISICIÓN DE DERMÁTOMO | PABELLÒN CENTRAL | DERMATOMO INALAMBRICO | 1 | $ 8,000,000 | $ 8,000,000 | 5 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 20 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN CUNA PROCEDIMIENTO NEONATOLOGIA | MATERNIDAD | CUNA DE PROCEDIMIENTO | 1 | $ 8,000,000 | $ 8,000,000 | 04 MOBILIARIO Y OTROS |
| 21 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN MICROSCOPIO DE CONTRASTE DE FASES UNIDAD FERTILIDAD | LABORATORO CLÌNICO | MICROSCOPIO | 1 | $ 1,800,000 | $ 1,800,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 22 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN REFRIGERADOR PEQUEÑO PARA CONSERVAR LAS MUESTRAS, UNIDAD FERTILIDAD | LABORATORO CLÌNICO | REFRIGERADOR | 1 | $ 150,000 | $ 150,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 23 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN REFRIGERADOR DE LABORATORIO 1200LTS | LABORATORO CLÌNICO | REFRIGERADOR DE LABORATORIO 1200LTS | 1 | $ 3,700,000 | $ 3,700,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 24 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN UNIDAD ELECTROQUIRURGICA PARA ENDOSCOPIA | CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES | UNIDAD ELECTROQUIRURGICA PARA ENDOSCOPIA | 1 | $ 3,000,000 | $ 3,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 25 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN EQUIPAMIENTO LAPAROSCOPICO | PABELLÒN CENTRAL | PINZAS PARA DISTINTAS CIRUGÍAS CON PLATAFORMA DE ENERGÍA | 6 | $ 250,000 | $ 1,500,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 26 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN EQUIPAMIENTO LAPAROSCOPICO | PABELLÒN CENTRAL | PLATAFORMA DE ENERGÍA | 1 | $ 15,648,500 | $ 15,648,500 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 27 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN MOTOR PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA | PABELLÒN CENTRAL | MOTOR ARTROSCÓPICO | 1 | $ 8,000,000 | $ 8,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 28 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN LAVADOR DE PLACAS CON AGITADOR | LABORATORO CLÌNICO | LAVADOR DE PLACAS CON AGITADOR | 1 | $ 900,000 | $ 900,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 29 | CIRCULAR 33 | EXPANSIÒN DE LA MEMORIA DEL SERVIDOS | IMAGENOLOGÌA | EXPANSIÒN DE LA MEMORIA DEL SERVIDOR | 1 | $ 6,000,000 | $ 6,000,000 | 06 EQUIPOS INFORMÁTICOS |
| 30 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN ELECTROCOAGULADOR CON EVACUADOR DE HUMO | CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES | ELECTROCOAGULADOR CON EVACUADOR DE HUMO | 1 | $ 4,700,000 | $ 4,700,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 31 | CIRCULAR 33 | ADQUISICIÓN DE ELECTROCARDIOGRAFO | PEDIATRIA/URGECIA/ PABELLÒN CENTRAL | ELECTROCARDIOGRAFO CON PANTALLA LCD 12 CANALES | 8 | $ 2,500,000 | $ 20,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 32 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN COLPOMICROSCOPIO | CONSULTORIO ADOSADO DE ESPECIALIDADES | COLPOMICROSCOPIO | 1 | $ 10,000,000 | $ 10,000,000 | 05 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 33 | CIRCULAR 33 | REEMPLAZO DE UNA (1) VITRINA REFRIGERANTE PARA LA UNIDAD DE FARMACIA | FARMACIA | VITRINA REFRIGERANTE | 1 | $ 1,650,530 | $ 1,650,530 | 5 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 34 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN REFRIGERADOR MORTUARIO | DEPARTAMENTO DE OPERACIONES | REFRIGERADOR MORTUARIO | 1 | $ 14,660,800 | $ 14,660,800 | 5 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 35 | CIRCULAR 33 | REPOSICIÓN AUTOCLAVE A VAPOR 500 LTS. | ESTERILIZACIÓN | AUTOCLAVE A VAPOR6 00 LTS. CON DOS PUERTAS | 1 | $ 107,100,000 | $ 107,100,000 | 5 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| 36 | CIRCULAR 33 | LAVADORA DESINFECTADORA | ESTERILIZACIÓN | LAVADORA DESINFECTADORA | 1 | $ 59,500,000 | $ 107,100,000 | 5 MÁQUINAS Y EQUIPOS |
| | | | | | | | $ 946,529,790 | |

## 16.4. POLÍTICAS DE MEJORAMIENTO DE LOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN USUARIA

El usuario será el centro de gestión, basada en su seguridad, y satisfacer sus necesidades y expectativas. Efectuando la búsqueda constante de estrategias innovadoras, tanto en tecnología, comunicaciones y del proceso de atención.

La humanización de la atención, el trato amable y digno al usuario y su familia formará parte de la inducción a todo el personal, con su respectivo control de cumplimiento y encuesta de satisfacción.

La participación social formará parte de la gestión hospitalaria con consultas periódicas, y atingente, con la implementación constante de canales de comunicación y participación, estableciendo un hospital abierto a la comunidad.

El Hospital considerará como política dar a conocer al usuario no solo sus derechos, sino también sus deberes en el autocuidado y el buen uso de los recursos, servicios e instalaciones.

Las Políticas de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria del Hospital se enmarcan en las estrategias de Participación Social en Salud, desarrolladas por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Aconcagua.

Para esta Institución, cuyo quehacer está centrado en el servicio de excelencia de atención a las personas, en el marco del respeto a sus derechos fundamentales; la satisfacción usuaria es un eje central de su quehacer, su medición es una herramienta de gran utilidad para el conocimiento y diagnóstico de las necesidades y expectativas de la población, y la posterior toma de decisiones e intervención.

La satisfacción usuaria constituye un objetivo y también un resultado en la atención de usuarios y usuarias de las redes asistenciales de salud.

La valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutiva, la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no “médicos” vinculados a la atención. Entre estos, la relación entre usuarios (as) y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso al usuario (a), infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los y las usuarias.

El marco legal de esta política se enmarca en lo señalado en:

- Ley 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud
- Ley 20.285 sobre acceso a la información pública
- Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública
- Instructivo Presidencial para la participación ciudadana en la gestión pública N°7
- Normal General de Participación Ciudadana en Gestión Pública de Salud 2015 (Res.Exe.N°31 del 10.01.2015 MINSAL)
- Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación.

## 16.5. POLÍTICAS DE GESTIÓN CLÍNICA

La gestión clínica deberá contribuir a la atención integral del paciente, asegurando la mejora continua de la calidad, oportunidad y seguridad de los procesos asistenciales, favoreciendo la accesibilidad y continuidad de la atención sanitaria de la red, descentralizando la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica, fortaleciendo la coordinación asistencial mediante una organización centrada en el paciente y su entorno socio-familiar así como también contribuir al desarrollo del vínculo asistencial docente e investigación.

La política Clínica se abordará a través de las siguientes áreas de acción que se consideran relevantes:

- Gestión de listas de espera de consultas ambulatorias médicas y quirúrgicas.
- Gestión de la Cartera de Servicio.
- Actualización permanente de los modelos de atención.
- Potenciar el uso de la información de GRD para el análisis y gestión clínica.
- Mantención de la condición de Hospital acreditado colocando principal preocupación en el cumplimiento de requisitos obligatorios.
- cumplimiento de metas ministeriales con orientación clínica (EAR, Metas Sanitarias, Metas Producción y Calidad y Compromisos de Gestión)

La Gestión Clínica estará orientada principalmente hacia la Atención Indiferenciada y Cuidados Progresivos; favoreciendo la ocupación de las camas hospitalarias de acuerdo a la demanda real de atención, y en coordinación con la gestión centralizada de camas.

En cuanto a los Cuidados Progresivos, el hospital presenta un perfil de pacientes mayoritariamente de Cuidados Básicos-medios, información obtenida a través de la Categorización de pacientes por Dependencia y Riesgo, la que se realiza y seguirá realizándose en todos los Servicios del Hospital.

Para la planificación de las actividades clínicas, la Dirección tendrá en cuenta la Cartera de Prestaciones vigentes, Orientaciones Ministeriales y del Gestor de Red, Garantías Explícitas, oferta y demanda asistencial, y por el marco presupuestario establecido.

Potenciaremos la mejoría de los registros, de modo de evidenciar la real complejidad de la atención que brindamos, fomentando así el reintegro de recursos.

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

Nuestro compromiso con la Calidad, será mantener la condición de Hospital Acreditado, mejorando día a día, la percepción del usuario en relación al trato y oportunidad. Además se relevará la importancia del proceso de Acreditación, lo que contribuye a una cultura de calidad y seguridad en la atención para ello se buscará la mejora continua de los procesos clínicos y de apoyo.

## 16.6. PROCEDIMIENTO DE RACAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS

El área financiera y la unidad de Recaudación cumplen un rol fundamental dentro de la institución, ya que es la responsable de valorizar y recaudar todas las prestaciones otorgadas a los beneficiarios y los no beneficiarios de salud que han requerido de nuestros servicios. Los ingresos deberán ser captados con responsabilidad y de acuerdo a las normas establecidas mediante diversos sistemas de cobro y pago tal como gestiones de cobranza y recepciones de pago aceptando para estos bonos, dinero, documentos y otros.

Recaudar fondos s vital para la sostenibilidad, el desarrollo y el éxito de las organizaciones y se debe llevar a cabo con responsabilidad, transparencia y elaboración e reportes.

## 16.7. PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA INTERNA

Se elaborará anualmente un Plan Anual de Auditoría que debe considerar:

La obligación legal que pesa sobre los Servicios de Salud de dar cumplimiento a las políticas, normas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud, a fin de lograr la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Que la forma de efectuar tales acciones debe ser con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella.

El deber de todos los Órganos de la Administración del Estado de cumplir sus cometidos coordinadamente y propender a la unidad de acción, evitando de duplicidad o interferencia de funciones.

Que sólo en la medida que dé cumplimiento a los principios orientadores previamente citados, el Hospital, logrará mantener la categoría jurídica de Establecimiento Autogestionado en Red, con las implicancias administrativas, financieras y sanitarias que eso conlleva.

La necesidad de desarrollar la función de auditoría interna, del Hospital, de manera integral, permanente y estable, considerando las áreas administrativas, financieras y asistenciales, y que cumpla con los parámetros de evaluación de Autogestión en Red.

Las políticas de Auditoría Interna del Hospital están definidas en primer lugar por las orientaciones técnicas que emanan del Ejecutivo, (CAIGG), por el Ministerio de Salud y por el Servicio de Salud Aconcagua.

En segundo lugar y, alineadas con estas orientaciones, el Hospital define orientaciones locales, tanto en el ámbito de las auditorias propiamente administrativas, como en el área de las auditorias clínicas.

Las orientaciones anteriores se ordenan y expresan en un Plan Anual de Auditoría del Hospital, el que se programa y ejecuta, siendo los productos los informes y los planes de mejoras, así como el seguimiento de la implantación de estos y su impacto en mejorías de los procesos de dichos planes de mejora.

En el Plan se establece el enfoque general, los énfasis estratégicos y se definen en detalle las actividades a realizar.

Las directrices de este Plan deben contener los objetivos gubernamentales, los ministeriales, los del Servicio de Salud y los institucionales locales.

Entre los objetivos permanentes del Plan de Auditoría se encuentran la realización de actividades de Auditoría y Seguimiento de Planes de Mejora relativas a:

- Probidad Administrativa.
- Evaluación de sistemas de control interno institucionales.
- Mantención y mejoramiento de actividades asociadas a Procesos de Gestión de Riesgos.
- Evaluación permanente de acciones de aseguramiento de operaciones financiero contables.
- Seguimiento de Auditorias de la Contraloría General de la República

Los requisitos del Plan incluyen especificar por cada Actividad los objetivos de ésta, los alcances, las horas hombre, la frecuencia con que se aplicará, el cronograma, los hitos de cumplimiento y finalmente la aprobación de éste por el Director del Hospital.

Otro aspecto de las políticas corporativas de Auditoría, lo constituyen las Auditorias Clínicas periódicas que también deben estar incorporadas al Plan Anual.

El Plan Anual de Auditoría debe ser aprobado mediante resolución exenta del Director del Hospital.

Finalmente, la política corporativa debe asegurar las instancias de comunicación de los Informes de Auditoría, incorporando activamente a las jefaturas correspondientes en la definición, implantación y evaluación de los planes de mejora, que resulten de los procesos de Auditoría ejecutados en los planes anuales. Lo esencial es incorporar el concepto que el Plan de Auditoría finalmente es una herramienta más de Aprendizaje continuo y no una fiscalización de la cual hay que defenderse.

## 16.8. SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN.

El Hospital busca desarrollar las funciones de Planificación y de Control de Gestión, como etapas fundamentales de la administración de la organización.

Dichas funciones deben ser integradas transversalmente en la organización, por cada equipo de trabajo, Departamento, servicio y/o unidad. La organización debe instalar un estilo de gestión que apunte hacia la planificación responsable de la actividad hospitalaria y también al permanente control del cumplimiento de las metas definidas.

En relación a la función de Planificación, está enmarcada fundamentalmente por las orientaciones técnicas y metas institucionales, definidas por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Aconcagua. El instrumento que ordena la planificación local es el Plan Estratégico, basado en el Cuadro de Mando Integral del Ministerio de Salud para Hospitales Autogestionados en Red o Balance Score Card para mantener la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red (EAR).

Respecto de la función de Control, el establecimiento implementa los sistemas de información del sector salud, los cuales son fuente de datos e indicadores, que permiten realizar el monitoreo y evaluación de las metas definidas.

Dicha información, debe ser gestionada en dos niveles. El primero, denominado control de gestión de procesos clínicos y administrativos críticos, está orientado a instalar esta función transversalmente en todos los niveles jerárquicos del hospital, facilitando la toma de decisiones coherentes con las metas institucionales.

El segundo nivel, denominado control de gestión de compromisos y metas institucionales, organiza el sistema de monitoreo y evaluación del hospital, en relación a las políticas actuales del Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Aconcagua, frente a los establecimientos hospitalarios y las redes asistenciales.

Simultáneamente, el establecimiento organiza en su estructura en un área de asesoría organizada en departamento, dependiente de la Dirección, denominado Departamento de Control de Gestión e Información, responsable de desarrollar e implementar métodos, herramientas e instrumentos técnicos de monitoreo, seguimiento, análisis, estudio, evaluación y control de la gestión hospitalaria, contribuyendo en la toma de decisiones orientadas hacia la mayor eficacia y eficiencia de los distintos niveles de la organización.

Al interior del departamento, se constituyen las Unidades de:

- Estadística,
- Análisis Clínico GRD,
- Costos.

Estas tres unidades, además del monitoreo específico a cada uno de sus procesos, alimentan con la información requerida para el proceso de control institucional, a cargo del Departamento de Control de Gestión e información, quien monitoriza el cumplimiento de las metas institucionales.

Las actividades que se deberán llevar a cabo, por parte del Departamento de Control de Gestión e información tendientes a materializar el sistema de Control de Gestión, son:

- Programación: Preparación de propuesta de Convenio GES – Prestaciones Pago Valoradas, para discusión y aprobación por parte de Director.
- Monitoreo: Monitoreo cumplimiento del Convenio GES – Prestaciones Pago Valoradas.
- Monitoreo: Monitoreo Balance Scorecard Ministerial.
- Monitoreo: Costeo de prestaciones a través de sistema PERC.
- Monitoreo: Evaluación de metodología pago vía GRD.
- Monitoreo: Evaluación de Metas Sanitarias.
- Monitoreo: Participar en los Comités que destine la Dirección del Establecimiento.

- Monitoreo: Participar y monitorear los Compromisos de Gestión.
- Retroalimentar: Al Director, Miembros de Consejo Directivo y Jefes de Unidades/Servicios, según corresponda, los resultados identificados.
- Recomendar: Procesos y/o Procedimientos, acciones o actividades que promuevan el cumplimiento de los objetivos. Velar el cumplimiento de los compromisos adquiridos y mantención de requisitos exigidos para los establecimientos Autogestionados.
- Reportar: Resultados al Director de los indicadores de compromiso de gestión y BSC para la toma de decisiones.