

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2016 - 2018

HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SAN ANTONIO

Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por
Alicia Urbina Benavides Encargada Unidad RAD	Dr. Marcos Vargas Lazo Subdirector Médico (S)	Dr. Carlos Vega Amaro Director Hospital Claudio Vicuña
Dra Christabel Jensen Pineda jefa U. Control de Gestión	Ing. Fernando Saa Galleguillos Subdirector Administrativo	

Elaborado diciembre 2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. ANTECEDENTES GENERALES	4
2.1 METODOLOGÍA	4
2.2 PARTICIPANTE	5
2.3 UBICACIÓN RESEÑA HISTÓRICA Y SITUACIÓN ACTUAL	6
2.4 ANTECEDENTES BIODEMOGRÁFICOS	8
2.5 CARTERA DE SERVICIOS	10
2.6 ENTREGA DE PRESTACIONES: PRODUCCIÓN	11
2.7 RECURSOS HUMANOS	12
2.8 RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTO	13
2.9 RECURSOS FINANCIERO	15
3. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	16
3.1 ANÁLISIS INTERNO	17
3.1.1 FORTALEZAS	17
3.1.2 DEBILIDADES	17
3.2 ANÁLISIS EXTERNO	17
3.2.1 OPORTUNIDADES	17
3.2.2 AMENAZAS	17
4. PRINCIPIOS DE PLANIFICACIÓN	18
4.1 MISIÓN	18
4.2 VISIÓN	18
4.3 VALORES	18
5. PLAN ESTRATÉGICO	20
5.1 POLÍTICAS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS	20
5.2 MAPA ESTRATÉGICO	28
5.3 CUADRO DE MANDO INTEGRAL	30
5.3.1 SUSTENTABILIDAD FINANCIERA	30
5.3.2 EFICIENCIA OPERACIONAL	31
5.3.3 GESTIÓN CLÍNICA	33
5.3.4 EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN	34
5.4 MEDICIONES Y MONITORIZACIÓN	36
6. ANEXOS	36

1. INTRODUCCIÓN

Nos ha correspondido este año 2016 realizar nuevamente el proceso de planificación estratégica para el periodo 2016-2018 que se inicia evaluando el grado de cumplimiento de nuestras estrategias propuestas en el plan anterior, demostrando con esto, el grado de avance del hospital y con esta base, proyectarnos para el futuro para llevar al cumplimiento de nuevos desafíos destacando en este periodo la “Obtención de la Acreditación de Calidad”, una mejor gestión de los recursos, haber mantenido la condición de Hospital Autogestionado en Red cuyo objetivo es mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país; entre otros logros. Así como también quedaron desafíos pendientes que fueron abordados en este nuevo plan.

Nuestra intención es continuar trabajando bajo la premisa de una Mejora Continua, con una Herramienta de Planificación a Mediano plazo que nos permita dar cuenta de;

- El Norte de la Institución
- Organización de acciones y recursos
- Prevención, Reacción y Flexibilidad ante los posibles cambio que nos ofrezca el futuro.

Finalmente no olvidar que este ejercicio, que ha significado un esfuerzo importante del equipo de salud, tiene como objetivo final entregar a nuestro usuario la atención de salud que ellos esperan en el marco de la legislación vigente.

2. ANTECEDENTES GENERALES

2.1 METODOLOGÍA

La metodología utilizada por el establecimiento para generar la planificación estratégica institucional, consta de varias etapas:

2.1.1. Evaluación Planificación Estratégica 2013-2015:

Esta fase comprendió realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa por la plana Directiva del Establecimiento, para posteriormente difundirla en un Consejo Técnico ampliado.

2.1.2. Evaluación FODA año 2016

En esta etapa se realizó por el equipo directivo y unidades asesoras de la dirección, un análisis de Fortalezas-Oportunidades-Debilidades-Amenazas (FODA) para el Hospital tomando como línea de tiempo el presente año 2016.

2.1.3. Jornada de Planificación

Como tercera etapa, se realizó una jornada de trabajo entre el equipo directivo, jefes de Centros de Responsabilidad, unidades asesoras de la dirección y subdirecciones. En la que se trabajó en el desarrollo de la nueva Misión y Visión institucional. Además se plantearon los objetivos y estrategias según las políticas exigidas en el D.S. 38 del 2004 del MINSAL.

2.1.4. Presentación preliminar de Resultados

En un Consejo Técnico ampliado, en las que participaron todas las jefaturas del establecimiento se muestran los resultados preliminares de la planificación para discusión, revisión y/u observaciones respectivas. Se establece un plazo para correcciones y revisión final por la Dirección del Hospital antes de su aprobación.

2.1.5. Aprobación y Difusión

Finalmente al ser sancionada y aprobada la presente planificación, se genera un proceso de difusión interno a cargo de la unidad de Relaciones Públicas del establecimiento.

2.2. PARTICIPANTES

Los funcionarios que participaron en la realización del presente plan fueron los siguientes:

Director:	Dr. Carlos Vega Amaro
Subdirector Médico:	Dr. Marcos Vargas Lazo
Subdirector Administrativo:	IC. Fernando Saa G.
Jefe Unidad de Control de Gestion:	Christabel Jensen
Asesor Técnico (UCG):	Alicia Urbina
Encargado de planificación (UCG):	Pamela Villavicencio
Asesora Jurídica:	Marcela Piña
Auditora Interna:	Pedro Sepúlveda
Relaciones Públicas:	Per. Marta Meza
Oficina Calidad y Seg. Paciente:	Ing. Daniela Ibarra
Jefa U. Gestion del cuidado de enfermería:	Magaly Soto R
Jefa U. Gestion del cuidado de matronería:	Mat. Maria Bravo
Jefa de Estadística:	Ing. Patricia Paredes
Encargada GES:	Dayana Gatica
Jefa de Archivos y SIDRA:	Ing. Luz Urbina
Jefe CR Servicios de apoyo diag. Y Terap.:	Sergio Castro S.
Jefe(s) CR Consultorio de Especialidades:	M ^a Victoria Diaz
Jefe CR Emergencias:	Christabel Jensen P
Jefe CR Salud Mental:	M ^a Jesus Larrain
Jefe CR Gestion Financiera:	José L. Yañez
Jefe CR Logística:	Sergio Castro
Jefe CR RRHH:	Juan Diaz.
Representante AFUQOM:	Dr. Juan Lagos
Representante de FENPRUSS:	TM. Francisco Álvarez
Jefe UAP	Ps. Paz Campos

2.3.2. Reseña Histórica:

En 1917 comienza a funcionar el primer Hospital de San Antonio ubicado en calle Ruiz Tagle. Luego en 1930 se inaugura el segundo Hospital ubicado en los Altos de Huallipen.

Posteriormente, la viuda del Sr. Claudio Vicuña dona 200.000 pesos para la construcción del nuevo Hospital de San Antonio, el que llevaría el nombre de su esposo fallecido. En el año 1971, se aprobó el financiamiento para la construcción de un nuevo edificio, cuya construcción se inició al año siguiente, recepcionando las obras en el transcurso del año 1982 y producto del terremoto de 1985 se dio un nuevo sentido a las obras, siendo entregada finalmente el área administrativa en el año 1992.

2.3.3. Situación Actual:

Economía país y la provincia: Estos últimos años el valor del cobre, principal ingreso económico para el país, ha presentado una disminución sostenida, a pesar de ello, el gobierno ha aumentado el gasto en salud y lo demuestra la continuidad de los diferentes programas de salud.

El Puerto de San Antonio, donde se encuentra emplazado el hospital, presenta un aumento importante de la actividad portuaria que no se reflejan en las condiciones socioeconómicas de su población

El entorno Hospitalario y sus tendencias:

Incremento acelerado de los costos de atención hospitalaria.

Demanda de servicios de salud: Incremento de la demanda y de la demanda insatisfecha de los servicios de salud

Aplicaciones tecnológicas cada vez más costosas

La limitada disponibilidad de los recursos financieros y la necesidad de ser más eficientes sin menoscabo de la calidad de atención.

Orientación de los servicios de salud hacia la satisfacción de las necesidades del usuario como prioridad del sistema.

Déficit de especialistas: Falta de oferta de especialistas por migración de estos al extrasistema y la situación es aún más crítica en ciudades que no son capital de región como lo es San Antonio a pesar de estar a tan solo 100 km de la capital de Chile y regional.

Los inmigrantes provenientes de países con condiciones sanitarias deficientes y de zonas tropicales tienen una carga de enfermedades no vista en Chile como el paludismo u otras como la TBC y SIDA difícil de controlar por su condición de ilegal, en un porcentaje no menos importante.

El Hospital Claudio Vicuña:

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

El Hospital actualmente se encuentra en reestructuración de la planta física con obras complementarias por la construcción del nuevo hospital que estará emplazado inmediatamente al lado del actual; se han iniciado las primeras etapas de mitigación lo que significará redistribuir y construir, en espacios reducidos, algunas dependencias principalmente de Unidades de apoyo logístico y además comprando algunos servicios como lavandería, entre otros.

2.4. ANTECEDENTES BIODEMOGRÁFICOS

Como es esperable el crecimiento de la provincia ha tenido un aumento sostenido desde el año 2002 a la fecha como se observa en la tabla N°1, lo que da cuenta que el hospital debe responder a la demanda aumentando la oferta de prestaciones salud

Tabla N° 1: Población total año 2002 y proyección de población año 2015

Comuna	Año 2002	Año 2015	Variación (%)
San Antonio	87.205	96.764	10,96
Algarrobo	8.601	10.474	21,78
El Quisco	9.467	13.093	38,3
El Tabo	7.028	10.116	43,94
Cartagena	16.875	20.213	19,78
Santo Domingo	7.418	9.299	25,36
Navidad	5.422	5.958	9,89
Total	142.016	165.917	16,83
Región de Valparaíso	1.539.852	1.825.757	18,57
País	15.116.435	18.006.407	19,12

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

El aumento sostenido de adultos mayores puede tener un impacto en la demanda de los servicios de salud para nuestra provincia, como se observa en la tabla N° 2...

Tabla N° 2: Población por grupos de edad 2002 y 2015s

Edad	2002	2015	% según Territorio 2015		
			Provincia	Región	País
0 a 14	35.788	33.021	19,90%	19,38	20,36
15 a 29	31.519	36.221	21,83%	23,73	23,79
30 a 44	34.786	34.226	20,63%	20,3	21,36
45 a 64	25.814	41.690	25,13%	24,47	24,17
65 y más	14109	20.759	12,51%	12,12	10,32
Total	142.016	165.917	100%	100	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

El Fondo Nacional de Salud ha determinado una población asignada de 130.764 beneficiarios del área de influencia que se ubican entre Algarrobo por el norte y Santo Domingo hacia el sur, más la comuna de Navidad de 4.381 beneficiarios representando con ello un 81% del total de la población que es de 165.917.

Tabla N° 3: Población en FONASA según nivel año 2013

Población según Tramo	Provincia San Antonio y Comuna Navidad		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo A	34.334	25%	292.401	20,87	3.099.413	23,45
Grupo B	51.382	38%	539.940	38,55	4.784.920	36,2
Grupo C	21.719	16%	246.587	17,6	2.283.555	17,28
Grupo D	27.716	21%	321.828	22,98	3.049.016	23,07
Total	135.151	100%	1.400.756	100	13.216.904	100

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

Fuente: https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html

Los indicadores generales de salud: Como se demuestra en la tabla N° 4 la tasa de natalidad está bajo el promedio nacional y regional, no así las tasa de mortalidad general e infantil que se encuentran levemente elevadas con relacion al valor nacional

Tabla N° 4 Tasas de natalidad, mortalidad General e infantil año 2012

Provincia San Antonio y Comuna Navidad	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil
San Antonio	13,4	7,06	11,2
Algarrobo	10,69	5,27	6,9
El Quisco	8,15	5,5	23,3
El Tabo	6,83	5,31	12,3
Cartagena	9,31	5,2	8,3
Santo Domingo	13,36	5,43	0
Navidad	9,7	9,88	0
Total Provincia	10,2	6,2	8,9
Región de Valparaíso	13,15	6,5	7,6
País	14,01	5,67	7,4

Fuente: Departamento de Estadísticas e información de salud, MINSAL.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS

Nuestra principal orientación es la búsqueda de respuestas frente a las necesidades de los usuarios, por ello nuestra Cartera de Servicios avanza en ese sentido, en el marco de las políticas emanadas desde el Ministerio de Salud alineados con los Objetivos Sanitarios y las Orientaciones y Objetivos Estratégicos fijados por la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, siempre con una mirada de red de salud.

El Hospital cuenta con las cuatro especialidades básicas, en todas sus modalidades de atención; Ambulatoria Electiva, Ambulatoria de Urgencia y Atención Cerrada. Además de subespecialidades: Traumatología, Urología y Oftalmología esta última con la resolución medico quirúrgica de algunos problemas de salud GES como Cataratas, vicios de refracción en adulto mayor y estrabismo

Atención Ambulatoria Electiva

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

Cuenta con un Consultorio Adosado de Especialidades Médicas y Dentales, y tres Centros de Salud Mental¹.

Atención Ambulatoria de Urgencia: Cuenta con una Unidad de Urgencia para atención de adultos, infantil y obstétrica, de atención continúa las 24 horas.

Atención Cerrada

Cuenta con 164 camas de distinta complejidad, con área de cuidados básicos y medios médico quirúrgico adulto e infantil, otra área de cuidados críticos adulto, de Neonatología y obstetricia y un área de Pensionado².

2.6. ENTREGA DE PRESTACIONES: PRODUCCIÓN

En los últimos tres años (2013-2015), los niveles de producción y entrega de prestaciones, nos ha permitido cumplir con las Programaciones establecidas por el Gestor de la Red Asistencial, Programación Interna, Metas Sanitarias, etc.

Aspecto a destacar en la tabla N° 5 y N° 6 es:

- La disminución de las consultas de urgencia; resultado acorde con los compromisos de gestión de disminuir las consultas espontaneas de casos de baja complejidad en la unidades de emergencia hospitalarias, y
- La Disminución de pacientes hospitalizados (egresos) refleja el cumplimiento del compromiso de aumentar la ambulatorización de la atención.

	Tabla 5: Principales prestaciones 2013-2015		
	2013	2014	2015
Consulta Médica de Especialidad	47.737	49.761	48.971
Consulta Médica de Urgencia	108.925	107.424	99.713
Intervenciones Quirúrgicas	4.993	4.992	5.268
PRAIS	169	242	788

	Tabla 6: Otras prestaciones 2013-2015		
	2013	2014	2015
Atención Cerrada: Egresos Totales	9.753	9.313	9.036
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico			
Laboratorio Clínico y UMT	393.656	446.916	528.447
Imagenología	68.767	66.795	67.584
Anatomía Patológica	3.140	2.836	3.316
Despacho Farmacia			
Recetas Despachadas	148.645	137.543	144.177
Prescripciones Solicitadas	278.080	249.293	287.553

2.7. RECURSOS HUMANOS

El Hospital Claudio Vicuña cuenta con equipos clínicos para funcionarios que otorgan las prestaciones de salud, además de funcionarios que dan el soporte administrativo y logístico para el quehacer clínico. Para inicios del año 2016 el Hospital Claudio Vicuña cuenta con la siguiente estratificación de personal

Y como lo demuestra la tabla N° 7 se ha ido normalizando la planta de cargos

Tabla 7: Estratificación del Recurso Humano 2014-2016

LEY/PLANTA	OFERTA CARGOS		
Año	2014	2015	2016
Ley 19.664	72	76	81
Médicos	58	61	64
Odontólogos	11	12	13
Químicos			
Farmacéuticos	3	3	4
Ley 15.076	33	35	35
Médicos	33	35	35
Ley 18.834	437	452	475
Profesionales	133	138	145
Técnicos	192	201	210
Administrativos	59	58	65
Auxiliares	53	55	55
Personal Externo	185	187	189
Total General	727	750	780
Fuente: Unidad de RRHH HCV			

2.8. RECURSOS FÍSICOS EQUIPAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN PLANTA FISICA

El Hospital Claudio vicuña es un establecimiento que está emplazado en la comuna de San Antonio con un terreno de superficie de 27.500 m2.

La vía principal de acceso es la calle Luis Reuss donde moviliza todo el transporte urbano que sube desde el plan de la ciudad, el terreno se emplaza en una meseta que se encuentra sobre la cota de 50 mts.

El establecimiento hospitalario está constituido por una estructura base de placa técnica, torre de hospitalización y edificio de apoyo técnico operativo, de 5 pisos. Todas las unidades están vinculadas en forma horizontal por pasillos que comunican cada una de las áreas, y en forma vertical a través de escaleras y monta camillas con una superficie total de 13.645 m2.

Funcionalmente el hospital tiene áreas problemas al tener la placa técnica en sus unidades críticas desvinculadas de las unidades de urgencia y pabellones, lo que aumenta los traslados por circulación verticales no exclusivas ni expeditas.

El establecimiento en forma interna tiene una organización funcional de los distintos servicios por cada piso, que para este año será modificada por el proyecto del hospital nuevo que se emplaza inmediatamente en el terreno adicional del hospital y que incluye algunas dependencias. Esta se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 8: Distribución de unidades por piso.

PISO:	SERVICIOS O UNIDADES	
Zócalo (Reubicado)	Central de Alimentación. (2º piso) Servicios Generales(2º piso) Mantenimiento (1º piso) Medicina Legal (1º piso)	Bodega Farmacia (2º piso) Bodega Economato (2º piso) SAMU (1º piso) MEL (2º piso)
Primer Piso	Urgencia Consultorio de especialidades Dental Kinesioterapia Imagenología	Lab. Clínico y U.M.Transfusional Lab. Anatomia. Patológica Esterilización Pabellones Maternidad (urgencia)
Segundo Piso	Área Administrativa	Farmacia
Tercer Piso	Cirugía Medicina	U. Tratamiento Intermedio
Cuarto piso	Pediatría Unidad de Recién Nacidos	Maternidad Pensionado

A esta distribución se debe agregar que el Servicio de Salud Mental, está distribuida en tres propiedades arrendadas fuera del emplazamiento del Hospital.

Ejecución Obras Complementarias

Unidades reubicadas:

- Central de alimentación
- Ropería y confecciones
- SAMU y Choferes de Urgencia
- Oficina y bodegas de Economato
- Servicio médico legal
- Oficinas de Logística
- FENATS y FENPRUSS
- Mantenimiento
- Auditorio MEL

Equipamiento:

Según el catastro realizado hay un total de 2.585 bienes entre equipos (se consideran los equipos audiovisuales, diagnósticos, endoscópicos, industriales, quirúrgicos, terapéuticos, de esterilización, Imagenológico, de laboratorio y de monitoreo) mobiliario clínico, no clínico e instrumental. A continuación se puede ver el catastro de equipos según la clasificaron señalada:

Tabla 9: Numero de Bienes Castrados

Catastro	Cantidad	%
Equipos	528	20,00%
Mobiliario Clínico	1.063	41,00%
Mobiliario No		
clínico	892	65,00%
Instrumental	102	4,00%
Total	2.585	

Tabla 10: Estado de funcionamiento de los bienes del HCV

Tipo de bien	Bueno	Regular	Malo
Equipos	90,30%	4,60%	5,10%
Mobiliario Clínico	30%	70%	
Mobiliario No clínico	30%	70%	
Instrumental	31%	69%	

Fuente: SSVSA, Estudio Preinversional Hospital Claudio Vicuña (diagnostico), 2010.

Se señala que aunque varios de los equipos se encuentren en buen estado de funcionamiento, un gran porcentaje de estos tiene la vida útil cumplida y obsolescencia tecnológica, lo que conlleva a altos costos de mantención.

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

2.9. RECURSOS FINANCIEROS

El Hospital Claudio Vicuña cuenta con varias líneas de financiamiento las que son asignadas por un presupuesto anual, el que es aprobado a través de una Ley de la Republica.

Los principales ingresos se generan por las transferencias por la producción clínica del establecimiento a través de programas PPV, PPI y APS. Además se generan ingresos propios por atención de carácter privada dentro de la institución. Agregando a lo anterior, existe una tercera línea de financiamiento por transferencias de gastos de capital, las que financian distintos proyectos de inversión.

Tabla 11:

Detalle de Ingresos	Ingreso devengado (M\$) 2012	Ingreso devengado (M\$) 2013	Ingreso devengado (M\$) 2014	Ingreso devengado (M\$) 2015
Transferencias Corrientes	9.814.536	12.061.506	12.906.660	13.637.295
Rentas de la Propiedad	6.092	10.292	6.749	5.260
Ingresos de Operación	716.233	695.103	708.921	1.009.202
Otros Ingresos Corrientes	318.480	243.403	467.088	440.591
Recuperación de Préstamos	124.672	163.747	37.006	191.633
Transferencias para Gastos de Capital	1.013.825	1.600	200	463.566
INGRESOS TOTALES	11.993.841	13.175.651	14.126.624	15.747.547

En el caso de los gastos el Hospital tiene una estructura que se enmarca principalmente en el pago de sueldos del personal y la compra de bienes y servicios. Estos en conjunto con llevan un 93 % del presupuesto anual. Teniendo en el 2015 un 3.2 % de gastos en inversiones de equipamiento e infraestructura.

Tabla 12:

Detalle de Gastos	Gasto devengado (M\$) 2012	Gasto devengado (M\$) 2013	Gasto devengado (M\$) 2014	Gasto devengado (M\$) 2015
Subtítulo 21 - Recursos Humanos	7.265.883	7.869.002	8.692.940	9.357.523
Subtítulo 22 - Bienes y Servicios	3.907.858	4.451.537	5.097.645	5.594.916
Subtítulo 23 Prestaciones de seguridad social		347.208	207.702	529.944
Subtítulo 26 - Otros Gastos Corrientes	11.765			11.000
Subtítulo 29 - Adq. Activos No Financieros	99.416	43.583	76.146	512.258
Subtítulo 31 - Iniciativas de Inversión	1.053.781			
Subtítulo 34 - Servicio de la Deuda	9.712	455.240	96.908	57.481
GASTOS TOTALES	12.348.415	13.166.570	14.171.341	16.063.122

El Hospital pretende que su estructura de gastos vaya aumentando en el subtítulo de bienes y servicios e ir disminuyendo el de Recursos Humanos. Esto llevaría a un mayor poder adquisitivo para la consecución de los objetivos estratégicos establecidos en este documento.

3. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

3.1. Análisis Interno

3.1.1. Fortalezas

- Personal experimentado
- Trabajo en equipo
- Posibilidades de capacitación Continua mediante programas financiados para ambas leyes la 19664 y 18834.
- Cumplimiento de los diferentes Programas a saber: Compromisos de Gestión, Metas Sanitarias ley 19664, ley 18837 y la ley 20707 para médicos de la ley 15076.
- Cumplimiento Programas de financiamiento GES y PPV
- Mejoramiento continuo de procesos en el contexto de ser hospital Acreditado en Calidad
- Comienzo proyecto hospital nuevo
- Política de motivación e incentivos permanente
- Ser Campo de formación profesional y técnica

3.2. Debilidades

- Ubicación geográfica respecto área de influencia del resto de la Red Asistencial del Servicio de Salud
- Bajo índice de Resolución de listas de espera quirúrgica.
- Lentitud en los procesos de adquisiciones
- Bajo índice de oportunidad en pago a proveedores
- Aumento del estado de la deuda
- Incremento acelerado de los costos de atención hospitalaria tanto por aumento de los costos de mantención por equipamiento obsoleto como por implementación de aplicaciones tecnológicas de alto costo.
- Déficit en Gestión de proyectos Clínico-administrativos (el equipo concentró sus actividades en el nuevo hospital)
- Falta normalización brecha en infraestructura y RRHH en vías de construcción Nuevo Hospital Falta mejorar la coordinación de contrareferencia desde HCVB y del Hospital HCV a la APS por poca adhesión al proceso de contrareferencia
- Falta oferta de médicos de las especialidades básicas para urgencia y de subespecialidades a pesar de disponer de cargos.
- Modelo de contratación y desempeño mixto: con empresa externa Dificulta la gestión de procedimientos administrativos (para determinar responsabilidades, Falta competencia en el personal contratado por esta modalidad)
- Falta de involucramiento en la gestión de las Jefaturas médicas porque deben compartir su horario con atención clínica.
- Falta de control y coordinación Asistencial Docente

3.3. Análisis Externo

3.3.1. Oportunidades

- Demanda creciente por campo Clínico por parte de Centro Formadores (Convenio Asistencial Docente con Universidades, institutos y liceos)
- Proyecto complejización de camas
- Normalización brecha infraestructura a través de la construcción de un centro con una mayor y mejor infraestructura
- Programas Ministeriales de financiamiento resolución Lista de espera, hospitalización domiciliaria.
- Incorporación del programa, SIDRA Full que permite obtener información actualizada de la atención del usuario en su tránsito por la red
- En el Contexto legal: aumento de problemas de salud con garantías explícitas, vigencia de la ley de derechos y deberes de los pacientes

3.3.2. Amenazas

- Cambios demográficos de la población objetivo, más compleja que conlleva a un aumento de la morbilidad de patología asociadas al grupo etario de los adultos mayores
- Irregularidad en Taza de transferencia de recursos
- Demanda crece en mayor medida que los recursos
- Marco Legal dificultad contratación de especialistas extranjeros.
- Glosa presupuestaria insuficiente para una buena gestión de programas
- Hospital como herramienta política en la zona mercado amplio y de carácter cautivo de bajos ingresos económicos
- Dispersión Geográfica del área de influencia del HCV
- Indicadores demandados por el Minsal cambian frecuentemente, que no alcanzan a ser integrados ni evaluados en el tiempo.
- Incertidumbre para comenzar la construcción definitiva del Hospital
- Mala imagen del hospital frente a la comunidad
- Judicialización de la salud

4. PRINCIPIOS DE PLANIFICACIÓN

4.1. Misión

«Somos un Hospital acreditado en calidad, Autogestionado en red y asistencial docente de la Provincia de San Antonio; entregamos a nuestros usuarios servicios clínicos y administrativos de calidad y humano mediante la administración racional de los recursos disponibles.

4.2. Visión

“Ser reconocido por la comunidad de San Antonio como un hospital que satisface sus necesidades y expectativas mediante la entrega servicios de salud de excelencia en la atención clínica, formación docente y en el manejo de sus recursos, con un personal altamente calificado con vocación de servicio que está en permanente mejora de sus procesos.”

4.3. Valores Institucionales

- **Calidad y Seguridad en la Atención:** instaurando la revisión de procesos con el fin de minimizar riesgos y estableciendo el mejoramiento continuo de la práctica.
- **Trabajo en equipo:** Entendida como cooperación entre los miembros que realizan algunas actividades, en pos de un objetivo común, este acto colaborativo entrega ayuda a las personas en el momento que la necesiten, sin esperar que sea solicitada, ya que significa estar disponibles en el momento indicado. Esto impacta directamente en la satisfacción de los usuarios.
- **Respeto al usuario:** Respeto a la privacidad del paciente, respeto por su condición sexual, idioma, color, opción religiosa y edad.
- **Compromiso:** Capacidad del individuo para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado; poniendo el mayor esfuerzo para lograr un producto con un alto estándar de calidad que satisfaga y supere las expectativas de los usuarios. Supone un esfuerzo permanente hacia la consecución de un objetivo, lo cual implica un alto grado de integración de la disposición física, emocional e intelectual de un sujeto sobre lo que desea conseguir, sea a beneficio propio o común.

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

- **Eficiencia:** en el uso responsable de los recursos como una meta claramente deseable para lograr los mejores resultados reconociendo que los recursos son limitados, eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

- **Amabilidad:** Realizar las actividades diarias de manera afable, complaciente y afectuosa.

- **Honestidad:** Consiste en comportarse y expresarse con coherencia, sinceridad y transparencia favoreciendo un ambiente de trabajo basado en la confianza y armonía, pues garantiza respaldo, seguridad y credibilidad en los individuos. Este valor se expresa a través del cumplimiento de compromisos y obligaciones, sin engaños, retrasos o negligencias voluntarias, evitando los rumores y las críticas que afectan negativamente a otros; guardando discreción y seriedad ante las confidencias personales y secretos profesionales y teniendo especial cuidado en el manejo de los bienes económicos y materiales de la organización.

- **Participación:** Entendido como el reconocimiento activo que el manejo de la salud es una materia que compete a todos los miembros de la sociedad; abriendo espacios reales de participación social a los usuarios a través de instancias permanentes como Consejos de usuarios y OIRS; así como cautelando que el usuario y su familia reciba información del cuidado de su salud y proceso de enfermedad

5. PLAN ESTRATÉGICO

5.1. Políticas, Objetivos y Estrategias

Las políticas se encuentran definidas conforme a lo señalado por el Decreto N° 38 MINSAL 2005, en su artículo 16° letra c).

- 1) **Gestión Clínica**
- 2) **Gestión de Recursos Humanos**
- 3) **Gestión Financiera Contable y Presupuestaria.**
- 4) **Mejoramientos de los índices de Satisfacción Usuaría**
- 5) **Gestión de Recursos Físicos e Inversiones.**
- 6) **Gestión de Auditoría**
- 7) **Gestión de Procedimientos de Recaudación.**
- 8) **Control de Gestión y Tecnologías De La Información Y Comunicaciones**

1. Políticas y plan de acción de gestión clínica, administrativa y calidad de la atención

El Hospital Claudio Vicuña, se organiza en niveles jerárquicos ordenado por Centros de Costos que administran los procesos clínico, de apoyo clínico, logístico y administrativo, utilizando las herramientas de gestión implementadas como el WinSIG y GRD; con el fin de entregar de la manera más eficiente los productos a nuestro usuarios o pacientes. Lo anterior utilizando la mejora continua ; sustentado en la estructuración de procesos coordinados de seguimiento y evaluación respecto a la calidad, oportunidad y seguridad de los procesos asistenciales, favoreciendo el acceso y continuidad de atención en red asistencial, mediante la coordinación asistencial centrada en el paciente y su entorno socio-familiar.

El hospital está comprometido también con mantener su condición de Hospital Acreditado en calidad y contribuir al desarrollo del vínculo asistencial docente e investigación

Objetivo Estratégico 1.1.

Mejorar procesos críticos relacionados con la atención de salud de los servicios clínicos y unidades de apoyo

Estrategias 1.1

- 1.1.1. Fortalecer y optimizar los procesos clínicos críticos
- 1.1.2. Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo y logístico

Objetivo Estratégico 1.2

Mantener y desarrollar las condiciones requeridas con estándares de calidad y seguridad de la atención del paciente

Estrategias 1.2

- 1.2.1. Mejoramiento continuo en el cumplimiento de estándares de la Calidad requeridos en el proceso de acreditación.

Objetivo Estratégico 1.3
Fortalecer la continuidad de la atención del paciente con enfoque de red.
Estrategias 1.3
1.3.1. Liderar aspectos de coordinación entre los diferentes actores que participan en la gestión de salud de la red de atención del área de influencia del hospital 1.3.2. Optimizar mecanismos de referencia y contrareferencia definidos para la red asistencial SSVSA
Objetivo Estratégico 1.4
Potenciar la formación profesional y técnica en salud en el establecimiento
Estrategias 1.4
1.4.1. Gestión del cumplimiento de convenios asistenciales docentes y administrativos de acuerdo a la normativa vigente
Objetivo Estratégico 1.5
Fortalecer el equipo de gestión Clínica
Estrategias 1.5
1.5.1. Plan de gestión clínica anual

2 Política de Gestión de Recursos Humanos
<p>La gestión y el desarrollo de las personas en el Hospital Claudio Vicuña, está orientada a cumplir el logro de los objetivos estratégicos asistenciales mediante una administración eficiente del RRHH que potencie el crecimiento y desarrollo de las personas y su calidad de vida.</p> <p>La Gestión del RRH están definida en un marco regulatorio del estatuto administrativo de la ley 18834 para funcionarios no médicos. La ley 19664 y la ley 15.076 para médicos, farmacéuticos, bioquímicos y odontólogos.</p> <p>Otro aspecto a considerar es la compra de servicios externos de RHH principalmente del área administrativa, así como también en situaciones críticas de riesgo para el paciente. Situación histórica que pretende disminuir las brechas en la dotación de personal.</p> <p>Para su mejor desarrollo se ha definido varios ámbitos de acción: de gestión de las personas, de selección, de capacitación, de calidad de vida laboral, y de control de gestión del RRHH.</p>
Objetivo Estratégico 2.1
Mejorar los procesos inherentes a Recursos Humanos
Estrategias 2.1
<p>2.1.1. Generar y aplicar acciones tendientes a la intervención del clima laboral, motivación e identificación de la institución.</p> <p>2.1.2. Elaborar e implementar un programa de salud del personal con un enfoque integral desde la prevención de accidentes hasta la promoción de estilos de vida saludable</p> <p>2.1.3. Contar con programa de mejoramiento del entorno laboral</p>
Objetivo Estratégico 2.2
Fortalecer las competencias profesionales, técnicas y sociales de los funcionarios.
Estrategias2.2
<p>2.2.1. Gestión y coordinación del plan anual de actividades (PAC)</p> <p>2.2.2. Diseño e implementación de planes para lograr la acreditación profesional de sus trabajadores</p>
Objetivo Estratégico 2.3
Gestionar los procesos de reclutamiento, selección e inducción de personal de acuerdo a los perfiles requeridos para el cargo
Estrategias 2.3
<p>2.3.1. Acompañamiento a las jefaturas de las diferentes unidades en la definición de perfiles de competencia para cargos.</p> <p>2.3.2. Actualización del procedimiento de reclutamiento, selección e inducción de personal</p>

3 Políticas y de Gestión Financiera Contable y Presupuestaria.
La gestión financiera considera el resguardo, el equilibrio financiero y presupuestario del establecimiento. Lo anterior basado en un Control, Producción, Planificación, motorizando aquellos puntos críticos (PPV/GES), el cumplimiento de metas y asesorando a la Dirección en las tomas de decisiones. Para este periodo se pretende consolidar el sistema de Gestión presupuestaria efectivo por centro de Costos y disminuir los costos de la falta de Calidad
Objetivo Estratégico 3.1
Optimizar el uso eficiente de los recursos financieros del establecimiento.
Estrategias 3.1
3.1.1. Adecuar el consumo de recursos a la producción clínica y de apoyo, en función del marco presupuestario. 3.1.2. Aumento de la producción reconocida por FONASA, respecto de los programas PPV y GES.
Objetivo Estratégico 3.2
Mejorar el Control de procesos financieros críticos
Estrategias 3.2
3.2.2. Asegurar sistemas de control interno en los procesos de contabilidad, abastecimiento, riesgo financiero, remuneraciones y gestión de contratos
Objetivo Estratégico 3.3
Incrementar la recaudación de ingresos propios del establecimiento.
Estrategias 3.3
3.3.1. Hacer un uso eficiente del recurso de la Unidad de Pensionado 3.3.2. Mejorar los ingresos por arrendamiento de espacio
Objetivo Estratégico 3.4
Incorporar procesos financieros en el quehacer de los servicios clínicos y de apoyo
Estrategias 3.43
3.2.1. Consolidar el sistema de Gestión presupuestaria efectivo por centro de Costos

4. Políticas de Mejoramientos de los índices de Satisfacción Usuaría

Esta Política considera satisfacer las expectativas y necesidades de nuestros usuarios, en todas las unidades del hospital tanto clínico como administrativo, con el objeto de tener grados crecientes de comunicación, participación y confianza con la comunidad. Lo anterior bajo las premisas de trato digno, acogedor, amable, sin discriminación, y velando por hacer cumplir la ley de Deberes y Derechos de los usuarios y acompañantes, respetando especialmente la privacidad y la confidencialidad de la información, así como también promoverá el mantener una información oportuna con los familiares o tutores y pacientes sobre su situación de salud.

Así como también, la comunicación con la comunidad es una política que tiene por objetivo ayudar al mejoramiento continuo de la credibilidad y posicionamiento de la imagen del hospital a través de diferentes instancias de comunicación y participación, con una comunicación fluida, oportuna, respetuosa y veraz mediante fortalecimiento de los sistemas de comunicación y participación existentes

Objetivo Estratégico 4.1

Mejorar la satisfacción del usuario en relación a la demanda de atención en salud

Estrategias

- 4.1.1. Cumplimiento de garantías de oportunidad GES
- 4.1.2. Promedio días de espera para IQ
- 4.1.3. Disminuir Lista espera de consulta de especialidad

Objetivo Estratégico 4.2

Satisfacer las expectativas de nuestros usuarios respecto de la atención, participación e información.

Estrategias

- 4.2.1. Fortalecimiento de las estrategias que faciliten la participación ciudadana
- 4.2.2. Mejorar la respuesta efectiva y oportuna de las solicitudes ciudadanas
- 4.2.3. Capacitar a los funcionarios respecto de la Ley 20.584.

5. Políticas de Gestión de Recursos Físicos e Inversiones.

Esta política considera el proceso de apoyo constante que permite la reposición, mantención y adquisición de equipamientos, infraestructura y tecnología, resguardando las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento del establecimiento conjugando la demanda, estándares normativas y presupuesto disponible.

Objetivo Estratégico 5.1

Contar con la infraestructura y equipamiento necesario para la entrega de atención de salud, de acuerdo a los estándares y políticas para la Acreditación.

Estrategias

- 5.1.1. Definir y ejecutar planes de mantenimiento de equipos médicos críticos y de las unidades de apoyo.
- 5.1.2. Desarrollar planes de inversión tendientes a la normalización de la infraestructura y equipamiento del establecimiento.

6. Políticas de Gestión de Auditoría

Esta política considera establecer un mecanismo de mejora continua y aprendizaje, ejecutando acciones correctivas que nos ajusten a las normas y procedimientos administrativos; a través de una ejecución sistemática y permanente de auditorías en los ámbitos; clínico, administrativo y financiero contable.

Estas políticas están definidas por las orientaciones técnicas (CAIGG) que emanan del ejecutivo, del Minsal, por el SSVSA y a nivel local con auditorías internas administrativas y clínicas

Objetivo Estratégico 6.1

Establecer un mecanismo de mejora continua por medio de la ejecución de auditorías.

Estrategias

- 6.1.1. Realizar auditorías selectivas, aleatorias y sorpresivas.
- 6.1.2. Realizar seguimiento a las mejoras propuestas respecto de una auditoría.

7. Políticas de Gestión de Procedimientos de Recaudación.

Esta política considera gestionar la correcta captación de los ingresos del hospital por concepto de atenciones prestadas, licencia médicas y accidentes de tránsito.

Además se gestionaran permanentemente el aumento de ingresos propios

Objetivo Estratégico 7.1

Mantener una gestión de cobranzas eficaz y eficiente.

Estrategias

Actualizar procedimiento de cobranzas que incluya las licencias médicas de ISAPRES Y FONASA

8. Políticas Control de Gestión y Tecnologías De La Información Y Comunicaciones

Esta política considera la generación y mantención herramientas de control de gestión orientadas hacia la consecución de las metas propuestas, la implementación de las estrategias planteadas y asegurar información oportuna que brinde asesoramiento a la Dirección del Hospital para la ejecución de medidas correctivas y preventivas tendientes a evitar nuevos desvíos en la ejecución de las tareas.

Se apoya en las Tecnologías De La Información y Comunicaciones que considera establecer sistemas de información que den respuestas a las necesidades de nuestros usuarios internos y externos respecto de la información de salud generada en las distintas unidades de establecimiento en concordancia con la ley de Transparencia.

Objetivo Estratégico 8.1

Cumplir con los estándares establecidos por disposiciones legales, reglamentarias ministeriales e internas respecto de la gestión del establecimiento.

Estrategias

- 8.1.1. Implementar un sistema integrado de control de Gestión
- 8.1.2. Actualizar el procedimiento de manejo documental del establecimiento
- 8.1.3. Análisis de causalidades de desviación y seguimiento de los compromisos Clínico – presupuestario de los diferentes centros de costos

Objetivo Estratégico 8.2

Contar con sistemas eficientes de información como un apoyo esencial a la gestión clínica y administrativa.

Estrategias

- 8.2.1. Perfeccionar los sistemas de información que aportan el proceso de toma de decisiones.

5.2. MAPA ESTRATÉGICO

Las políticas definidas anteriormente se han resumido en cuatro temas estratégicos o ámbitos de acción :

- A. Sustentabilidad financiera**
- B. Eficiencia Operacional**
- C. Gestión Clínica**
- D. Excelencia en la Atención**

A continuación los objetivos estratégicos definidos son incorporados al cuadro de mando integral en las cuatro perspectivas de la planificación estratégica, a saber:

- 1. Aprendizaje y Desarrollo**
- 2. Procesos Internos**
- 3. Financiera**
- 4. De los Usuarios**

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

Tabla 13: MAPA ESTRATÉGICO

Ámbitos				
Perspectiva	Sustentabilidad financiera (A)	Eficiencia Operacional (B)	Gestión Clínica (C)	Excelencia en la Atención (D)
Aprendizaje y Desarrollo (1)	1. Cumplir con los estándares establecidos por disposiciones legales, reglamentarias ministeriales e internas respecto de la gestión del establecimiento (8.1) 2. Contar con sistemas eficientes de información como apoyo esencial a la gestión clínica y administrativa (8.2)	1. Mejorar los procesos inherentes a RRHH (2.1) 2. Fortalecer las competencias profesionales, técnicas y sociales de los funcionarios(2.2) 3. Gestionar los procesos de reclutamiento (2.3)	1. Fortalecer el equipo de Gestión Clínica(1.5)	1. Cumplir con los requisitos de Acreditación de Calidad (1.2)
Procesos Internos (2)	1. Mejorar el Control de procesos financieros críticos (3.2)	1. Contar con Infraestructura y equipamiento necesario para la entrega de atenciones de salud (5.1) 2. Actualizar el procedimiento de cobranza (7.2)	1. Mejorar procesos críticos relacionados con la atención de salud de los servicios clínicos (1.1) 2. Mejorar Procesos críticos relacionados con la atención de salud de Unidades de apoyo (1.1)	1. Establecer un mecanismo de mejora continua por medio de la ejecución de auditorías (6.1) 2. Potenciar la formación profesional y técnica en salud en el establecimiento (1.4)
Financiera (3)	1. Incrementar la recaudación de ingresos propios del establecimiento (3.3)	1. Optimizar el uso eficiente de los recursos financieros del establecimiento (3.1)	Incorporar procesos financieros en el quehacer de los servicios clínicos y de apoyo (3.4)	
De los Usuarios (4)	Mejorar la satisfacción del usuario en relación a la demanda de atención en salud (4.1)	1. Satisfacer las expectativas de nuestros usuarios respecto a la atención, participación e información (4.2)	1. Fortalecer la continuidad de la atención del paciente con enfoque de red (1.3)	Mantener y desarrollar las condiciones requeridas con estándares de calidad y seguridad de la atención del paciente (1.2)

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

5.3 CUADRO DE MANDO INTEGRAL

5.3.1. Sustentabilidad Financiera

Nº INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	META	FORMULA	VERIFICADOR	RESPONSABLE
PERSPECTIVA: APRENDIZAJE Y DESARROLLO					
A 1.1.1	Sistema de Información Integrado de Control De Gestión	LB año 2016 2017 50% 2018= 100%	Sistema automatizado intranet de reportes de indicadores de gestión	certificado Jefe U. Control de gestión	Subdirector administrativo
A 1.1.2	Actualización procedimiento de manejo documental del establecimiento	año 2017	SI/NO	Resolución Aprueba Protocolo	Jefe U. Control de gestión
A 1.1.3	% de Instrumentos de Control (CMI, Metas Sanitarias y Glosa 4)	4 Informes por Instrumentos (12)	Nº de Informes con análisis emitidos /Nº informes Programados*100	Informes y verificador de documento conductor	Jefe U. Control de gestión
A 1.2	Sistemas de información en uso requeridos en cada unidad del Hospital	LB año 2016 2017 50% 2018= 90%	Nº de Sistemas automatizados en uso/ Nº de Sistemas automatizado requeridos*100	Certificado emitido por cada jefe de servicio Clínico y de apoyo	Subdirector administrativo
PERSPECTIVA: PROCESOS INTERNOS					
A 2.1	Porcentaje de Disminución de la Deuda	10% de reducción bajo la línea base, o deuda cero.	Fórmula: $[(\text{Monto deuda total acumulada a diciembre en el período n-1} - \text{Monto deuda total acumulada en el período n}) / \text{Monto deuda total acumulada a diciembre del período n-1}] \times 100$	1. Monitorear la deuda. 2. Establecer y generar planes de contención de gastos del subtítulo 22, a	Subdirector administrativo
PERSPECTIVA: FINANCIERA					
A 3.1	Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios	5% de incremento respecto de la línea base, o cuentas por cobrar menor a un año del periodo de evaluación	$[(\text{Recaudación de Ingresos propios en el periodo de evaluación} / \text{Recaudación de Ingresos propios de enero a diciembre del año anterior}) - 1] \times 100$	1. Elaborar e implementar el proceso de cobranza de ingresos propios. 2. Seguimiento y control mensual de las cuentas por cobrar. 3.- Incrementar la recuperación de licencias médicas curativas. 4.- Actualizar aranceles para la atención de personas no beneficiarias de la Ley 18.469.	Subdirector administrativo
PERSPECTIVA: DE LOS USARIOS					
A 4.1	Porcentaje Cumplimiento garantía de oportunidad GES	100%	$(\text{Garantías cumplidas dentro de plazo} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías cumplidas fuera de plazo}) / (\text{Total de Garantías}) \text{ en el mes} \times 100$	1. Registro oportuno en SIGGES de la información 2. Monitoreo del estado de cumplimiento de garantías de oportunidad. 3. Aplicación del modelo de gestión de garantías en su ámbito de responsabilidad.	Subdirector Medico

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

A 4.2	Promedio de días de Espera para Intervención Quirúrgica	8% de reducción de la línea base.	[(Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas - Promedio de días espera en el total de las patologías quirúrgicas en el período) / Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas] x 100	1. Identificar las brechas causales de la lista de espera quirúrgica. 2. Monitoreo y gestión LE. 3. Implementar un sistema de priorización de pacientes.	Subdirector Medico
A 4.3	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas	≥ 95,0 %	(Número de consultas especialista realizadas durante el periodo/ Total de consultas especialista programadas para igual periodo) x 100	Gestión de los usuarios que no se presentan a la consulta médica (NSP) y Coordinación con APS. 2. Monitoreo e informe mensual por especialidad enviado. 3. Identificar y justificar las suspensiones de horas médicas de especialidad	Jefe Consultorio Atención de Especialidades

5.3.2. Eficiencia Operacional

Nº INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	META	FORMULA	VERIFICADOR	RESPONSABLE
PERSPECTIVA: APRENDIZAJE Y DESARROLLO					
B 1.1	% Ejecución Plan de Clima Laboral	100%	Nº de Actividades realizadas del Plan / Nº de Actividades Programadas del Plan * 100	Informe Evaluación cumplimiento del Plan	Jefe RRHH
B 1.2	% Ejecución Plan de Salud del Personal	100%	Nº de Actividades realizadas del Plan / Nº de Actividades Programadas del Plan * 100	Informe Evaluación cumplimiento del Plan	Encargada de salud del personal
B 1.3	% Ejecución Plan de Mejoramiento entorno laboral	100%	Nº de Actividades realizadas del Plan / Nº de Actividades Programadas del Plan * 100	Informe Evaluación cumplimiento del Plan	Jefe RRHH
B 2.1	% Ejecución PAC	100%	Nº de Capacitaciones realizadas del Plan / Nº de capacitaciones Programadas del Plan * 100	Reporte Sistema SIRH	Jefe de capacitación
B 2.2	% de Profesionales Acreditados Por la superintendencia de Salud	100%	Nº de Profesionales Acreditados Por la superintendencia de Salud / Nº de Profesionales contratados * 100	Certificados de la Superintendencia de Salud	Jefe de Personal
B 2.3	Actualizar procedimiento de Selección de Personal	100%	Si/NO	1. Protocolo actualizado, y resolución 2. Definir perfiles de los cargos del Hospital	Jefe RRHH
PERSPECTIVA: PROCESOS INTERNOS					
B 2.1	% Ejecución Plan de Inversión en Equipamiento e Infraestructura	2016: Elaborar Plan 2017 = > 50% del plan 2018= 80%	Nº de Actividades realizadas del Plan / Nº de Actividades Programadas del Plan * 100	Plan, resolución aprobatoria e informes semestrales Elaboración de un banco de proyectos	Encargado de Proyectos
B 2.2	% Ejecución Plan de Mantenimiento y reposición de equipamiento e infraestructura	2016: Elaborar Plan 2017 = > 50% del plan 2018= 80%	Nº de Actividades realizadas del Plan / Nº de Actividades Programadas del Plan * 100	Plan, Resolución aprobatoria, e informe	Jefe de Mantenimiento

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

PERSPECTIVA: FINANCIERA					
B 3.1	% Prestaciones valoradas costeadas	Cumplimiento o Indicador A 2.2 CMI	[(Puntaje de oportunidad por reporte enviado según fechas establecidas x 0,3) + (Puntaje por calidad según número de reportes con correcciones enviados según validación x 0,7) / (Total de puntaje que aplica para el período de evaluación) x 100	Resolución de Asignación presupuestaria	Subdirector Administrativo
B 3.2	% Producción PPV y GES, reconocida por FONASA	100 % Producción reconocida	reporte evaluación Prestaciones Valoradas	Informes despachados a Dirección	Encargado de Control de Gestión
PERSPECTIVA: DE LOS USARIOS					
B4. 1	Porcentaje de Reclamos Contestados Oportunamente	100%	(Número de reclamos contestados en el plazo de 15 días hábiles en el periodo/ Total de reclamos contestados en el periodo) x 100	1. Que la respuesta al reclamo, cumpla con los requisitos de calidad, detallados Instrumento eval. EAR 2. Tener un procedimiento formal, que establezca responsabilidades, tiempos de respuesta interno, y 3. Control de los tiempos internos de la generación de la respuesta, según lo definido en el procedimiento. 4. Realizar al menos un análisis semestral de los reclamos, en conjunto con su comité de Gestión Usuaría ,5. Implementar un plan de mejora, sobre los aspectos críticos según el análisis efectuado. Realizar seguimiento y evaluación anual.	Encargado Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS)
B4. 2	Participación Ciudadana	100%	4 actividades definidas en el Instrumento Evaluación EAR (B4.2) P1 = Sí/No (25%). P2 = Sí/No (25%). P3 = Sí/No (25%). P4 = mayor o igual a cuatro (25%).	Para efectos de evaluación, se considerarán cuatro instancias: 1. Cuenta pública participativa y dialogante (cumple al menos una actividad por cada etapa). 2. Presentación del plan anual del establecimiento al Consejo Consultivo y a otros actores interesados de la comunidad. 3. Existencia de un programa de trabajo del Consejo Consultivo, con su respectivo cronograma de actividades y evaluación de cumplimiento trimestral. 4. Reuniones de asesoría a la dirección en la fijación de políticas, en la definición y evaluación de planes institucionales (al menos cuatro en el año)	Dirección del Establecimiento
B4. 3	Porcentaje de funcionarios capacitados en la ley 20.584 independiente de su contrato	2016: Definir LB 2017: 60% 2018: 100%	Nº de funcionarios independiente de su contrato capacitados en la ley 20.584/ total de Dotación de Funcionarios independiente de su contrato *100	Con énfasis en tema manejo de conflicto con los usuarios y ontología del lenguaje	Jefe de Capacitación

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

5.3. 3. Gestión Clínica

Nº INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	META	FORMULA	VERIFICADOR	RESPONSABLE
PERSPECTIVA: APRENDIZAJE Y DESARROLLO					
C 1.1	Porcentaje de Actualización de guías clínicas	100% Ejecución	(Número de Guías Clínicas actualizadas en cada servicio Clínico en el periodo / Total de Guías Clínicas programadas para actualizar en el periodo) x 100	1. Documento y resolución 2. Actas de reuniones de difusión de guías clínicas	Subdirector Médico
C 1.2	Porcentaje de Cumplimiento de las Pautas de Cotejo de los Protocolos Médicos	2016: Definir Protocolos médicos 2017 = 50% 2018= 100%	(Número de pautas de cotejo de protocolos médicos seleccionados que cumplen con un 100% de los aspectos evaluados en el periodo/ Total de pautas de cotejo de protocolos médicos seleccionados aplicadas en el periodo) x 100	El resultado debe ser analizado permanentemente por los servicios clínicos y en relación a sus resultados, implementar mejoras	Subdirector Médico
PERSPECTIVA: PROCESOS INTERNOS					
C 2.1	Porcentaje de Procesos clínicos Mejorados	año 2016 : LB U. clínicas a evaluar 2017 y 2018 Proceso Clínico Mejorado por cada unidad por año	Nº de Procesos clínicos Mejorados en año t / total de Unidades clínicas año t *100	Contar con una evaluación anual del proceso de unidades Clínicas	Subdirector Médico
C 2.2	Porcentaje de Procesos de Unidades de apoyo mejorados	año 2016 : LB U. de apoyo a evaluar 2017 y 2018 Proceso de apoyo Mejorado por cada unidad por año	Nº de Procesos de apoyo Mejorados en año t / total de Unidades de apoyo año t *100	Contar con una evaluación anual del proceso de unidades de Apoyo	Subdirector Médico
C 2.3	Categorización de la Demanda en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Meta: ≥ 90% del total de consultas médicas de la UEH	(Número de pacientes categorizados al ingreso a la UEH en el periodo / Total de consultas médicas de urgencia en la UEH en el periodo) x 100	Cuando un hospital no tenga un selector de demanda exclusivo las 24 horas del día, asegurar que la categorización se siga realizando con personal	Jefe Servicio de Urgencia
PERSPECTIVA: FINANCIERA					
C 3.1	% Ejecución de Capacitación en gestión por centros de costos	2017 >80% capacitados	Nº Jefaturas Y subrogantes Capacitados en Gestión por centros de costos / Nº de Jefaturas y subrogantes de la dotación * 100	2 veces al año	Jefe de Capacitación
C 3.2	% de Informe emitidos por cada jefatura de unidades clínicas y de apoyo de causalidad de variabilidad de costos	2016: LB 2017 y 2018: 2 informes anuales de jefaturas	Nº de Informe emitidos por cada jefatura de unidades clínicas y de apoyo de variabilidad de costos/ Nº total de informes Programados *100	1. Definición de gastos por Unidad e informe mensual enviado a jefaturas encargadas de los Centros de Costos	Subdirector medico

Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio

C 3.3	% Egresos Estadía prolongada	≤ 6,5 %	(Número de egresos con estadías prolongadas en el período de evaluación / Total de egresos codificados en el período de evaluación) x 100	1. Informe mensual emitido por GRD identificando los casos 2. Revisar sistemáticamente este indicador y evaluar cada caso, las causas que llevan a aumentar la estadía hospitalaria 3. Elaborar planes de mejora continua en los procesos clínicos y administrativos	Subdirector medico
PERSPECTIVA: USUARIOS					
C4.1	Porcentaje de Cumplimiento del Programa de Coordinación con la Red	100%	(Número de requisitos del programa de coordinación cumplidos que aplican en el período/ Total de requisitos aplicables en el mismo período) x 100	Los requisitos de este programa en Instrumento de evaluación EAR	Jefe Consultorio de Especialidades
C 4.2	% de reuniones de coordinación con APS de la provincia	90%	Nº de reuniones de coordinación con APS de la provincia / Nº de reuniones de coordinación con APS de la provincia Programadas *100	1. Actas de reuniones donde se expliciten las mejoras realizadas de los acuerdos tomados.	Director Hospital

5.3.4 Excelencia de la Atención

Nº INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	META	FORMULA	VERIFICADOR	RESPONSABLE
PERSPECTIVA: APRENDIZAJE Y DESARROLLO					
D 1.1	Porcentaje de cumplimiento de características exigidas para mantener la calidad de Hospital con acreditación vigente	Obligatorias : 100%: 2016-2018 No Obligatorias 50% :2016 75%: 2017 100%: 2018	Nº de Características de calidad cumplidas para mantener la acreditación vigente / Nº de Características de calidad exigidas para mantener la acreditación vigente *100	1. Plan Anual de actividades. 2. Certificado de referente SSVSA anual y cada 3 años de la Superintendencia de Salud	Encargada de calidad y seguridad del paciente
D 1.2	% Funcionarios ingresados en el año Capacitados en temas de Calidad y seguridad del Paciente	80% Dotación Efectiva	Nº de funcionarios ingresados en el año capacitados/Nº de funcionarios ingresados en el año *100	Informe CC Capacitación	Jefe de Capacitación

**Plan Estratégico 2016 -2018
Hospital Claudio Vicuña San Antonio**

PERSPECTIVA: PROCESOS INTERNOS					
D 2.1	% Ejecución Planes de Mejora generados como producto de una Auditoría Estadía prolongada	Cumplimiento Indicador D2.2 CMI	[(Número de compromisos suscritos del establecimiento asociado a auditoría (s) en el periodo / Total de hallazgos detectados producto de auditoría (s) en el periodo) x 0,5 + (Número de compromisos de mejora implementados del establecimiento en el periodo / Total de compromisos de mejora cuyo cumplimiento se encuentran vencidos en el periodo) x 0,5] x 100	Informe Aval EAR	Encargado de auditoría
D 2.2	% Ejecución Plan Anual de Auditoría	Cumplimiento Indicador D2.1 CMI	(Número de auditorías realizadas en el establecimiento en el periodo / Total de auditorías programadas en el plan anual de auditoría del establecimiento en el periodo) x 100	Informe Eval EAR	Encargado de auditoría
PERSPECTIVA: DE LOS USUARIOS					
D 4.1	Re intervenciones Quirúrgicas no programadas	10% de disminución de la línea base o 4%	(Número de reintervenciones quirúrgicas no planificadas en el periodo / Total de pacientes operados en el periodo) x 100	Todas las Reintervenciones no programadas deben contar con análisis de causas por los equipos quirúrgicos involucrados.	Jefe de cirugía
D 4.2	Porcentaje de Reingresos Urgentes de Paciente antes de 7 días bajo misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)	Reingresos Pacientes Adultos ≤ 0,69% y Reingreso Pacientes Pediátricos ≤ 1,51%	(Número de reingresos por misma CDM antes de 7 días/ Total de egresos del período) x 100	1. Identificar y caracterizar la casuística que reingresa en un plazo menor de 7 días y sus causalidades 2. Plan de mejora de los procesos clínicos y administrativos involucrados en la generación de los casos	Subdirector Médico

5.4 MEDICIONES Y MONITORIZACIÓN

El presente Plan estratégico tendrá una serie de monitorizaciones y mediciones formales, estas serán calendarizadas e informadas como se muestra a continuación:

Calendarización de Monitoreo del PE

Tabla 14: Calendarización de monitoreo del PE

Actividad	Fecha	Entrega de información
Monitorización	2° semestre 2016	Dirección
Monitorización	1° semestre 2017	Dirección
Evaluación	2° semestre 2017	Dirección y Jefes de CR, CC y unidades asesoras
Monitorización	1° semestre 2018	Dirección
Evaluación Final	2° semestre 2018	Consejo Técnico ampliado

6. ANEXO

- 6.1. Cartera de Servicios
- 6.2. Indicadores y Tabla de Sensibilidad

