

**PLAN DE DESARROLLO ESTRATÉGICO Y
CUADRO DE MANDO INTEGRAL
2016 - 2018
Servicio de Salud Metropolitano Sur**



Fecha: 23-08-2016

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| PALABRAS DEL DIRECTOR | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| DEFINICIONES | 8 |
| A) PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA | 8 |
| B) BALANCED SCORECARD (BSC) O CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI) | 8 |
| C) MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD RISS | 9 |
| D) MATRIZ RACI | 10 |
| OBJETIVOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL SSMS | 11 |
| METODOLOGÍA DE TRABAJO | 12 |
| ETAPA 1: IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DIRECCIONALES | 13 |
| A. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO Y ELABORACIÓN DE CARTA GANTT | 13 |
| B. ACTUALIZACIÓN DE MISIÓN, VISIÓN Y VALORES | 14 |
| ➤ NUESTRA MISIÓN | 14 |
| ➤ NUESTRA VISIÓN | 14 |
| ➤ VALORES INSTITUCIONALES | 14 |
| ➤ ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS | 15 |
| ETAPA 2: FORMULACIÓN ESTRATÉGICA | 16 |
| A. ANÁLISIS DEL ENTORNO PEST | 16 |
| I. LISTADO DE PARTICIPANTES. | 17 |
| II. RESULTADOS OBTENIDOS. | 18 |
| B. ANÁLISIS INTERNO (CADENA DE VALOR) | 22 |
| I. LISTADO DE PARTICIPANTES. | 22 |
| II. RESULTADOS OBTENIDOS. | 23 |
| C. ANÁLISIS FODA | 27 |
| I. LISTADO DE PARTICIPANTES. | 27 |
| II. RESULTADOS OBTENIDOS (MATRIZ FODA). | 28 |
| D. DESARROLLO DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL SSMS | 30 |
| I. DEFINICIÓN LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS | 30 |
| II. PRESENTACIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO CANVAS DEL SERVICIO DE SALUD | 32 |
| E. ELABORACIÓN MAPA ESTRATÉGICO | 33 |
| I. DESARROLLO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SSMS | 34 |
| 1. Coordinación de la Red | 34 |
| 2. Participación Social | 35 |
| 3. Trato | 36 |
| 4. Uso Eficiente de los Recursos | 37 |
| 5. Desarrollo del Patrimonio Humano | 38 |

| | |
|--|------------|
| II. RELACIÓN CAUSA-EFECTO PERSPECTIVAS | 39 |
| III. DICCIONARIO DE OBJETIVOS Y RELACIÓN CAUSA-EFECTO PARA CADA PERSPECTIVA. | 40 |
| 1. Usuario | 40 |
| 2. Financiera | 41 |
| 3. Procesos Internos | 42 |
| 4. Aprendizaje y Desarrollo | 43 |
| IV. SELECCIÓN DE INDICADORES | 44 |
| 1. Matriz de selección de indicadores | 44 |
| 2. Fichas técnicas de indicadores. | 47 |
| a. Fichas Coordinación de la red. | 47 |
| ➤ Perspectiva Usuario. | 47 |
| ➤ Perspectiva Financiera. | 53 |
| ➤ Perspectiva Procesos Internos. | 55 |
| ➤ Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. | 59 |
| b. Fichas Participación Social | 63 |
| ➤ Perspectiva Usuario. | 63 |
| ➤ Perspectiva Financiera. | 66 |
| ➤ Perspectiva Procesos Internos. | 68 |
| ➤ Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. | 69 |
| c. Fichas Trato | 70 |
| ➤ Perspectiva Usuario. | 70 |
| ➤ Perspectiva Financiera. | 71 |
| ➤ Perspectiva Procesos Internos. | 73 |
| ➤ Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. | 74 |
| d. Fichas Uso eficiente de los Recursos | 75 |
| ➤ Perspectiva Usuario. | 75 |
| ➤ Perspectiva Financiera. | 77 |
| ➤ Perspectiva Procesos Internos. | 80 |
| ➤ Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. | 83 |
| e. Fichas Desarrollo del Patrimonio Humano | 87 |
| ➤ Perspectiva Usuario. | 87 |
| ➤ Perspectiva Financiera. | 88 |
| ➤ Perspectiva Procesos Internos. | 90 |
| ➤ Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. | 93 |
| V. MAPA ESTRATÉGICO | 95 |
| VI. MAPA ESTRATÉGICO CON INDICADORES ASOCIADOS A CADA OBJETIVO ESTRATÉGICO | 96 |
| ETAPA 3: PRIORIZACIÓN, FORMULACIÓN FINAL Y DIFUSIÓN | 97 |
| A. PRIORIZACIÓN DE INICIATIVAS POR AÑO | 97 |
| B. INTEGRACIÓN DE COMPONENTES Y FORMULACIÓN FINAL | 105 |
| C. APROBACIÓN Y DIFUSIÓN | 111 |
| D. CUMPLIMIENTO | 111 |
| ANEXOS | 112 |
| ANEXO 1 | 112 |
| ANEXO 2 | 115 |
| ANEXO 3 | 116 |
| ANEXO 4 | 118 |

PALABRAS DEL DIRECTOR

INTRODUCCIÓN

La finalidad del desarrollo de la planificación estratégica del Servicio está asociado a Implementar y monitorear a través de un cuadro de mando integral, un plan de desarrollo estratégico trianual con enfoque RISS. En el desafío de la formulación estratégica, se debe impulsar la inteligencia colectiva con distintas dinámicas, a objeto de potenciar la creación de alianzas organizacionales y desarrollar una ruta estratégica en la cual todos se sientan parte de ella. Esto fortalecerá el espíritu sinérgico de todas las unidades que componen a la institución, contribuyendo directa o indirectamente al propósito fundamental del sistema de salud, atender oportunamente las necesidades de salud de las personas, con excelencia de calidad asistencial.

El Servicio Metropolitano Sur formula su “Planificación Estratégica” con un horizonte de operación de tres años en el intervalo de tiempo del año 2016 al año 2018. Junto con lo anterior, a planificación se ha estructurado en tres etapas: identificación de elementos direccionales, formulación estratégica y por último Priorización, Formulación Final y Difusión. La primera etapa dio como resultado la definición de la misión y visión institucional. La segunda etapa posee un marco de desarrollo que aborda el análisis interno y externo, construcción de la matriz FODA, definir las líneas estratégicas, y por último desarrollar los objetivos, indicadores, y el mapa estratégico de la institución. Al igual que la primera etapa de la “Planificación estratégica”, el Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Dr. Osvaldo Salgado Zepeda ha liderado este proceso conformando un equipo de trabajo para el análisis, validación y corrección de cada componente de esta fase.

Las líneas estratégicas obtenidas luego de la ejecución de las tareas de análisis se resumen en:

1. Coordinación de la Red (con equidad, calidad y eficacia)
2. Participación Social: usuario como aliado estratégico para la promoción y prevención
3. Trato: buen trato sustentado en personal orgulloso y comprometido.
4. Uso eficiente de los recursos.
5. Desarrollo del patrimonio humano: el RRHH como un valor de la institución.

Por otro lado, además de la definición de las líneas estratégicas y siguiendo la metodología de “Cuadro de Mando Integral” el equipo de trabajo del Servicio desarrolló los objetivos estratégicos junto a sus indicadores, para finalmente establecer el “Mapa estratégico del Servicio Metropolitano Sur”.

DEFINICIONES

A continuación y de forma general, se describen brevemente terminología y aspectos clave sobre el trabajo a desarrollar.

A) Planificación Estratégica

El concepto de la planificación estratégica, ha evolucionado continuamente en el marco de diferentes paradigmas en las últimas décadas y varía según el tipo de organización en el que se aplica, además ha sido examinado exhaustivamente en instituciones académicas y en investigaciones específicas sobre empresas y gestión, tanto del ámbito público como privado.

Entonces, de manera de contextualizar en forma global un enfoque común sobre el concepto de la planificación estratégica, deben considerar y tener en mente que; es un proceso por el cual se definen los objetivos de mediano y largo plazo de una organización, así como los planes de recursos necesarios para alcanzarlos.

De esta forma, para establecer un plan estratégico, una organización debe tener una visión clara de su objetivo, de sus fines y de la forma de alcanzar ese objetivo. Estos elementos parecen sencillos, pero en el complejo entorno de los sistema de salud, es necesario analizar previamente qué se espera conseguir exactamente con el plan estratégico, qué abarcará, qué procesos e instrumentos se utilizarán para apoyarlo, y cómo se supervisarán y medirán su aplicación y sus logros efectivos.

El plan estratégico debe considerarse también como un instrumento dinámico, que permita a las organizaciones evolucionar, para adaptarse al cambiante entorno y demanda de atenciones de salud, en el que las redes asistenciales deben gestionar y prestar los servicios establecidos en su mandato, principalmente con un enfoque de gestión basada en resultados, aspecto clave del desafío de las RISS.

B) Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI)

Se establece como lineamiento a nivel ministerial que los Servicios de Salud, utilizarán el Balanced Scorecard o cuadro de mando integral, como metodología o sistema de dirección estratégica, herramienta de los autores Robert Kaplan y David Norton, ampliamente reconocida por aclarar y actualizar la estrategia, comunicar la estrategia a toda la organización, alinear unidades y objetivos individuales con la estrategia, vincular objetivos estratégicos con metas a largo plazo y presupuestos anuales, identificar y alinear las iniciativas estratégicas y conducir revisiones periódicas de las acciones realizadas para aprender y mejorar la estrategia.

Por lo tanto, con este marco conceptual, se debe ir vinculando la identificación de los elementos direccionales, la formulación estratégica y la generación de planes operativos anuales, planes de acción o iniciativas con duración menor a un año, al logro de las metas que establezcan los indicadores de acuerdo al grupo de objetivo estratégico definido.

C) Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud RISS

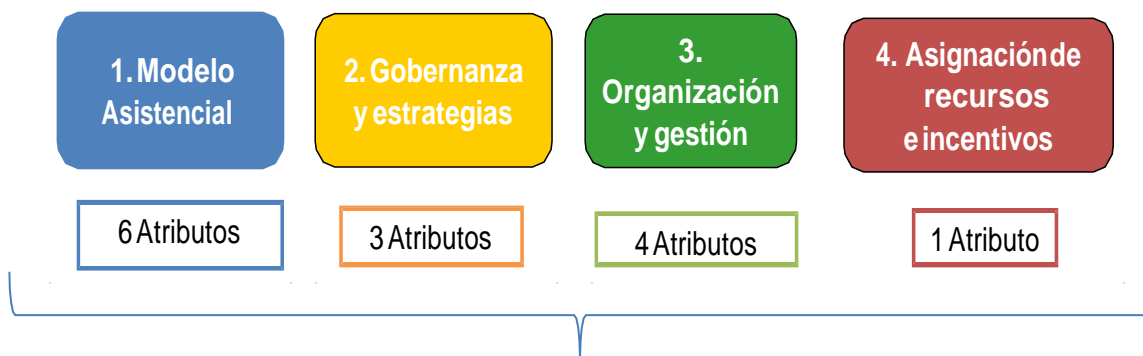
La OPS (2010) define las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, Servicios de Salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Junto con la definición, establece que uno de los principales desafíos de los modelos de salud en la Región es superar la FRAGMENTACIÓN, que se refleja en los siguientes aspectos: Segmentación institucional del sistema de salud; Predominio de programas focalizados en los problemas de salud, Riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los Servicios de Salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en los problemas de salud, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

En este contexto las RISS contribuyen a superar los desafíos de la fragmentación tendiendo a:

- ✓ Optimizar y garantizar el acceso a los servicios
- ✓ Mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios
- ✓ Propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles
- ✓ Mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los Servicios de Salud recibidos.

La OPS identificó 4 ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación en las Redes Asistenciales de Salud. Por su parte, cada ámbito considera una serie de atributos en base a una extensa revisión bibliográfica y diversas consultas realizadas en el marco del modelo RISS, como lo resume el siguiente esquema:

4 Ámbitos de abordaje



14 Atributos esenciales de las RISS

Imagen 1: ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación en las Redes Asistenciales de Salud.

D) Matriz RACI

Matriz de la asignación de responsabilidades cuyo propósito es describir qué grado de responsabilidad tienen diferentes recursos (personas, grupos, roles), con los diferentes procesos o actividades que estamos definiendo. Las matrices de asignación de responsabilidad, o RACI, son así denominadas por las cuatro letras con las que se codifica el tipo de relación con un proceso que tiene cada agente:

- Responsable (R), persona responsable o encargada del proyecto, problema o actividad.
- Accountable (A), persona que rinde cuentas sobre la actividad, también se define como aquel que tiene la autoridad final de aprobación (sólo puede haber un Accountable por tarea o actividad).
- Consulted (C), persona consultada que no tiene relación directa con la actividad, pero es necesaria su opinión para terminar la tarea o actividad.
- Informed (I), persona que debe ser informada cuando las tareas o actividades son terminadas, existiendo sólo una vía de comunicación formal.

Por lo tanto, los elementos clave para desarrollar la matriz RACI son:

- ❖ La información del alcance del proyecto.
- ❖ Estimación de tiempo para cada actividad (carta Gantt detallada).
- ❖ Acciones de mitigación de riesgos.
- ❖ Equipo de trabajo y responsabilidades principales.

OBJETIVOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL SSMS

Objetivo General

Disponer de un plan de desarrollo estratégico, que considere el marco conceptual de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como modelo de funcionamiento del Servicio de Salud Sur, e implementar un cuadro de mando integral, que permita monitorear los compromisos y metas establecidas del plan estratégico, a objeto de fortalecer la gestión estratégica y contribuir al logro de los macro objetivos Ministeriales.

Objetivos Específicos

- Elaborar un plan de desarrollo estratégico para el periodo 2016-2018, cuyo desarrollo aborde las líneas temáticas y factores clave de éxito de las RISS, consolidando iniciativas, proyectos y estrategias para optimizar el ciclo de atención de salud, que le corresponde entregar a las personas de su red asistencial.
- Implementar un cuadro de mando integral por cada Servicio de Salud, que permita ejecutar, medir y gestionar los lineamientos estratégicos, del plan de desarrollo estratégico elaborado o actualizado en cada Servicio de Salud.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para lograr los objetivos de la planificación estratégica, se han establecido tres etapas:

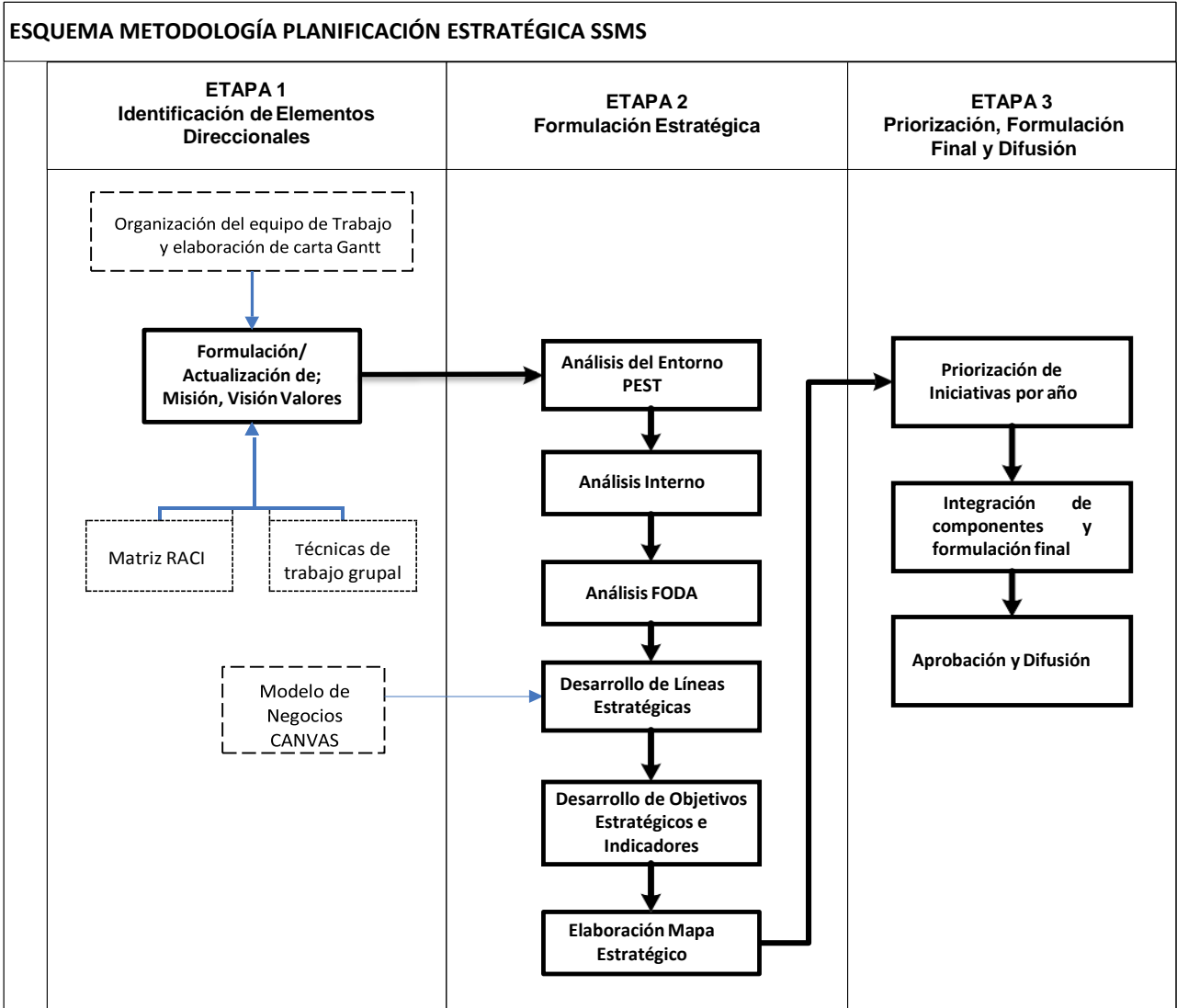


Figura 1: Esquema que ilustra las actividades que se deben realizar en cada etapa.

ETAPA 1: IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DIRECCIONALES

En esta etapa conforma el equipo de trabajo, los cuales serán los actores y líderes clave en todo el desarrollo de la planificación estratégica y el cuadro de mando integral. A continuación se presenta un cuadro de función y responsabilidades para la planificación estratégica y el cuadro de mando integral.

A. Organización del equipo de trabajo y elaboración de carta Gantt

A continuación se explican las responsabilidades de cada uno de los roles.

Tabla 1: Cuadro de función y responsabilidades del equipo de Planificación Estratégica y Cuadro de Mando Integral. Fuente, Elaboración en base a Libro CMI [2]

| Roles | Responsabilidades |
|-------------------------------|--|
| Equipo Directivo | <ul style="list-style-type: none"> • Mantienen el liderazgo y comunicación de todo el avance del proyecto. |
| Gerente de Proyecto | <ul style="list-style-type: none"> • Asume la propiedad del proyecto. • Proporciona información de fondo al equipo sobre estrategia y metodología. • Mantiene comunicación con el equipo directivo. • Dispone de recursos (humanos y financieros) al equipo. • Proporciona apoyo y entusiasmo por los objetivos del proyecto. |
| Líder de Proyecto | <ul style="list-style-type: none"> • Planifica, coordina reuniones, realiza seguimiento e informa los resultados de avance. • Proporciona liderazgo de ideas sobre la metodología al equipo. • Asegura que todo el material de base relevante esté a disposición del equipo. • Proporciona retroalimentación al gerente y al equipo directivo. |
| Miembros del Equipo | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan conocimiento experto de las unidades de negocio o las operaciones funcionales. • Informan a sus respectivos superiores e influyen sobre ellos. |
| Experto en Gestión del cambio | <ul style="list-style-type: none"> • Investiga riesgos asociados al proyecto y trabaja con el equipo para minimizar la ocurrencia. • Desarrolla el plan comunicacional del cambio organizacional. • Promociona los beneficios del cambio organizacional. |

Para cada Actividad a Realizar en la etapa 2, se realizara un listado con los participantes, cargos y función que poseerá en esa tarea para el proyecto.

B. Actualización de Misión, Visión y Valores

Tras varias jornadas de trabajo que involucró una amplia gama de representantes de la red se reestructuro la visión, misión y valores institucionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur junto con las orientaciones estratégicas del Servicio. Todo lo mencionado se detalla a continuación:

➤ Nuestra Misión

“Somos una red de salud integrada cuyo objetivo principal sea lograr el mejor impacto en la salud de nuestra población asignada, con un trabajo coordinado y centrado en las necesidades de nuestros usuarios, a través de acciones de fomento, protección, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidado continuos durante todo el ciclo vital, fomentando la participación social, el desarrollo de las personas que trabajan en la organización, la equidad y el uso eficiente de los recursos de la red.”

➤ Nuestra Visión

“Ser un servicio de salud comprometido, amigable y centrado en las personas, que contribuya a elevar su estado de salud y bienestar de manera participativa, coordinando equipos de trabajo intra e intersectorialmente, considerando las determinantes sociales, liderando una red de salud innovadora que entrega atención de calidad con equidad, buscando la satisfacción usuaria, valorando y retribuyendo adecuadamente a su personal y utilizando eficientemente los recursos”.

➤ Valores Institucionales

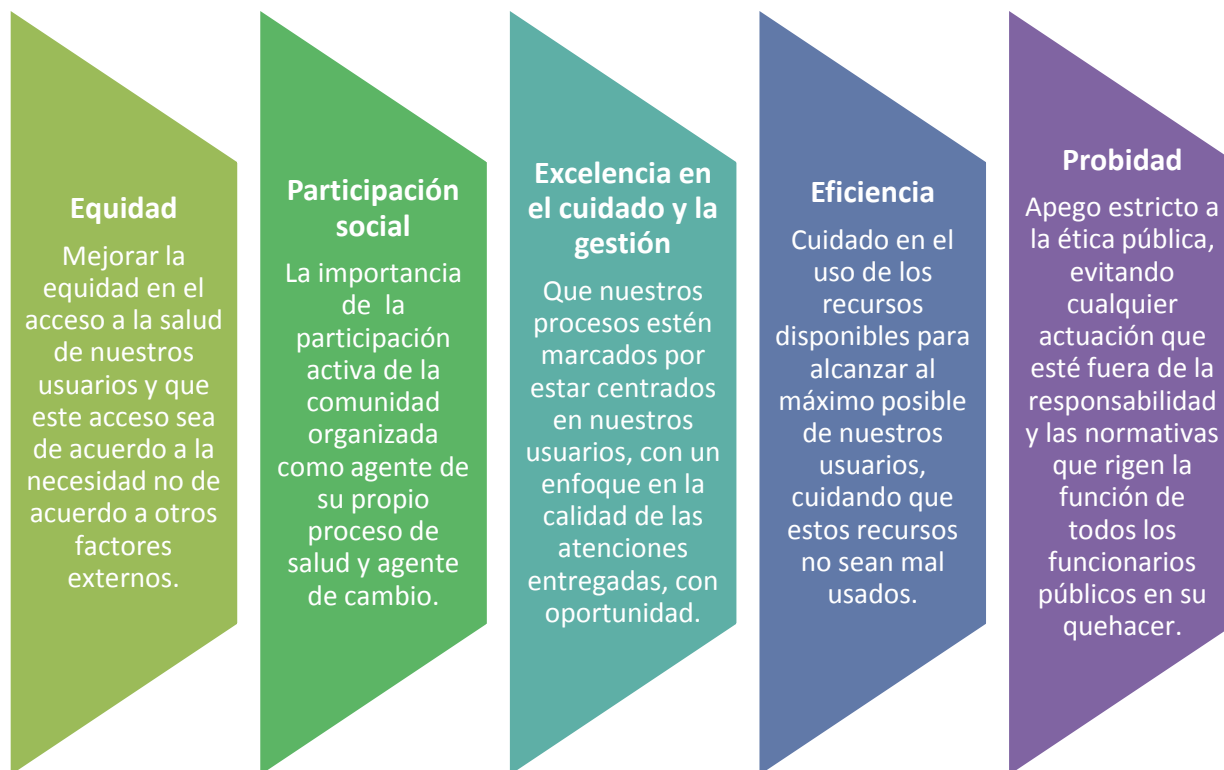


Figura 2: Valores institucionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Elaboración Propia

➤ **Orientaciones estratégicas**

Atención primaria fortalecida: El énfasis está puesto en el primer nivel de atención, con enfoque en el Modelo de Salud Familiar, en promoción y prevención como elementos importantes en el enfrentamiento a los problemas de salud.

Buen trato con nuestros usuarios y entre nosotros: Un trato humano, respetuoso, cuidando de resguardar siempre la dignidad y los derechos de nuestros usuarios y entre todos quienes formamos parte del Servicio

Transparencia: Disposición permanente a rendir cuenta de nuestra función ante la ciudadanía o los organismos que requieran conocimiento sobre nuestros actos

Innovación: Siempre persistir en la búsqueda de nuevas iniciativas y actualización permanente en la forma en que realizamos nuestra labor, en vista a una mejora continua

Claridad en los procesos: Estar siempre atentos a mejorar nuestro quehacer a través de la revisión constante de nuestras prácticas y el cómo las realizamos.

ETAPA 2: FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

A. Análisis del entorno PEST

La aplicación del análisis de entorno PEST es una herramienta efectiva que permite identificar factores del entorno político, económico, social y tecnológico [5], que pueden afectar la demanda, oferta y costos, en la operatividad del Servicio de Salud

El análisis de dichos factores exógenos contribuirá a identificar aquellas amenazas y oportunidades a considerar en el análisis FODA.

Para el análisis se elaboró una lista de factores de cada componente que afectan y generan mayor impacto al Servicio de Salud. Además, se debe considerar en este análisis aquellas variables que influyan en un horizonte de planificación de tres años (2016 a 2018).

Tabla 2: “Factores orientadores Análisis Pest. Fuente: Metodología MINAL análisis PEST [5]”.

| POLITICO | ECONÓMICO | SOCIAL | TECNOLÓGICO |
|--|--|--|---|
| Normativa y protección medioambiental. | Crecimiento Económico. | Distribución de la renta. | Ciclo de vida y velocidad de obsolescencia tecnológica. |
| Normativa y políticas fiscales. | Gasto público. Políticas en materia de desempleo. | Demografía. Cambios en el estilo de vida. | Innovaciones tecnológicas en el sector. |
| Protección de los usuarios. | Costos de energía. Inflación, interés, política monetaria. | Educación. | Uso y costo de la energía. |
| Normativas y políticas de empleo. Incentivos del sector. | Tributación. | Movimientos migratorios. | Cambios en Internet y redes sociales. |
| | | Sensibilización respecto a salud, bienestar y seguridad. | |

El desarrollo del análisis se inició con la convocatoria de referentes de los cuatro sectores de analizados, para conformar un equipo de trabajo que permita identificar y validar aquellas variables externas que están presentes o que podrían influir en el Servicio de Salud, y que deben ser consideradas al momento de analizar las líneas estratégicas futuras que tendrá la organización.

Por parte del líder de la actividad, se reunieron los antecedentes más relevantes detectados por diversas fuentes de información para facilitar el desarrollo del análisis PEST. Posteriormente, los integrantes del grupo de trabajo editaron, agregaron y validaron los factores escritos en cada variable de entorno.

La actividad fue desarrollada en tres jornadas de trabajo, en el plazo de dos semanas.

i. Listado de Participantes.

A continuación se presenta en la siguiente tabla el nombre de las personas, cargo o departamento en cual trabaja y función que cumplieron para la elaboración de las tablas 4 a la 8.

Tabla 3: “Lista participantes análisis interno”.

| Nombre | Cargo | Función proyecto |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Oswaldo Salgado Zepeda | Director de Servicio | Gerente |
| Carmen Aravena Cerda | Subdirectora Médica | Coordinadora |
| Alfredo Roman Marchant | Subdirector Administrativo | Profesional de apoyo |
| Máximo Gómez Lazcano | Subdirector RRHH | Profesional de apoyo |
| Hugo Ulloa | Jefe DGR | Jefe de la actividad |
| Práxedes Duarte | Jefe DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Yáñez | Jefe DTS | Profesional de apoyo |
| Ramón Vergara | DGR | Profesional de apoyo |
| Christian Vargas | DGR | Profesional de apoyo |
| Carmen Ferrada | DGR | Profesional de apoyo |
| Gerardo Cruces | DGR | Profesional de apoyo |
| Lorena Vera | DGR | Profesional de apoyo |
| Tatiana Figueroa | DGR | Profesional de apoyo |
| Pamela Vidal | DGI | Profesional de apoyo |
| Montserrat Espinoza | DGI | Profesional de apoyo |
| Jorge Pérez | DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Onell | DTS | Profesional de apoyo |
| Carlos Campos | DTS | Profesional de apoyo |
| Érica Contreras | DTS | Profesional de apoyo |
| Hugo Lazo | DTS | Profesional de apoyo |
| María Teresa González | DTS | Profesional de apoyo |
| Bert Kaempfe | DTS | Profesional de apoyo |

ii. Resultados obtenidos.

Tabla 4: "Factores Políticos, análisis Pest".

| FACTORES POLÍTICOS | |
|---|--|
| Lista de Factores | Impacto |
| Normativa y protección medioambiental. | Implementación gradual de la agenda global de Hospitales verdes y saludables (compromiso MINSAL a partir del año 2014). El impacto, de implementar estas medidas o políticas medioambientales en el Servicio de Salud, se traducirá en una reducción de los agentes contaminantes emitidos y el adecuado manejo material que pudiera presentar riesgo biológico, además de la reducción de costos, producto del uso eficiente de la energía. Se deben tomar medidas de promoción en la red de establecimientos de salud, que permitan generar políticas de Hospital Verde. |
| Normativa y políticas fiscales: | Las nuevas tendencias políticas en salud, desde la Reforma de Salud en 2005 (política vigente), orientan a buscar mejorar el acceso y aumentar la equidad en las prestaciones sanitarias, gestión que se ve reflejada en el plan AUGÉ. El impacto de gestionar estas políticas es el aumento de recursos asociados al manejo de patologías con mayor carga de enfermedad en la población, disminuyendo las inequidades en el diagnóstico y tratamiento. En este contexto se destacan : 1) La Estrategia Nacional de Salud, política que aborda la promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación de las enfermedades más relevantes en el contexto epidemiológico y demográfico actual, con énfasis en los factores de riesgo, el RRHH, RRF, las emergencias y desastres. 2) Fondo de Farmacias: En 2014 comenzó a implementarse el Fondo de Farmacia (FOFAR), cuyo objetivo es entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos elevados. Beneficiando a pacientes mayores de 15 años que se atienden en el sistema público. 3) Proyecto de Ley que despenaliza el autocultivo de marihuana para fines terapéuticos: permitirá el uso para fines medicinales en pacientes con indicación. Aumento de la comercialización farmacológica, oposición de grupos médicos y profesionales de salud mental. |
| Protección de los usuarios: | En este contexto se destacan : 1) Ley crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos (Nº 20.850): busca financiar enfermedades de alto costo y baja prevalencia, lo que provocará disminución del gasto de bolsillo en las familias afectadas. 2) Ley Nº 20.584, de deberes y derechos de los pacientes: aumentará la participación social y el empoderamiento de las personas en temas relacionados a su salud. 3) Ley de autoridad sanitaria Nº 19.937, que establece que los prestadores de salud institucionales deben cumplir estándares mínimos de calidad, para asegurar la calidad en los procesos asistenciales con menor riesgo y mayor seguridad para las personas. 4) Proyecto de ley que despenaliza la interrupción del embarazo en 3 causales: implica acceso especializado, que disminuye los riesgos para la madre; además se debe considerar eventual oposición de profesionales a realizar procedimientos por objeción de conciencia. |
| Normativas y políticas de empleo. | Medidas de aumento remuneración en Médicos Familiares y especialistas (Medicina Interna, Ginecología, Psiquiatría, Pediatría) que trabajen en APS, medida que está en implementación actualmente (Ley 20816). El impacto posiblemente se verá reflejado en un aumento de la oferta de médicos especialistas en APS, lo que dará mayor satisfacción a los usuarios. Por otro lado, estará alineado con la construcción de nuevos centros APS. Medidas de retención de Médicos especialistas y otros funcionarios de la Salud en el Sistema Público |
| Incentivos del sector. | En este contexto se destacan : ➤ Proyectos de leyes para el incentivo al retiro para médicos, otros profesionales y técnicos, que buscan mejorar las condiciones económicas para los funcionarios al momento de jubilar. ➤ Becas de especialidad Médica para médicos de APS. El impacto de aplicar estas medidas posiblemente aumentará la permanencia del personal en el sistema público, estableciendo un carácter de carrera funcionaria y menor rotación de personal. En el segundo caso también provocará mayor aumento en el acceso a especialistas y disminución de las listas de espera en la población. |

Tabla 5: "Factores Económicos, análisis Pest".

| FACTORES ECONÓMICOS | |
|--|---|
| Lista de Factores | Impacto |
| Desaceleración económica mundial y nacional | <p>La desaceleración económica mundial y nacional en el último tiempo, que se refleja con el Indicador Mensual de Actividad Económica (IMACEC), que compara el crecimiento económico de un mes versus el mismo mes del año anterior, a resultado sostenidamente inferior con respecto al año pasado (0,8 vs 2,6 para Mayo), con un bajo crecimiento este año (2,5%), lo que posiblemente impacte en un aumento del dólar (\$678 pesos Octubre de este año), lo que se verá reflejado en los costos de importación de insumos, tecnología, equipamiento médico y costo en la infraestructura; que se verá reflejado en una priorización mayor en el uso de los recursos. También hay una baja histórica del precio del Cobre, con un valor de 2,8 dólares por libra a mayo del presente, uno de los valores más bajos de los últimos años.</p> <p>El aumento progresivo, pero lento de la confianza empresarial (Índice mensual de confianza empresarial) podría impactar aumentando la participación del sector empresarial en los proyectos del sector público (construcción de establecimientos de salud) y aumentando el empleo, permitiendo mayor competencia y posible baja en los costos en licitaciones.</p> |
| Gasto Público | <p>El gasto público creció un 9,8% el año 2015 en relación al año 2014, el presupuesto incluye un aumento de 27,5% en la inversión pública, alcanzando \$ 6.979.233 millones, la mayor cifra en la historia de Chile. La inversión pública en salud aumenta 85% en 2015, dando inicio a un Plan de Inversiones 2014-2018 de US\$ 4.000 millones para elevar la capacidad diagnóstica y resolutive de la red.</p> |
| Costos Energía | <p>En los últimos 10 años el costo de energía ha aumentado en un 193% los costos marginales en generación de energía eléctrica por periodos de sequía. Impactando en un mayor gasto la utilización de la energía en la red hospitalaria. Se deben crear políticas de ahorro energético, uso de energías renovables no convencionales en los establecimientos, como la luz solar y edificaciones ecológicas con aumento del uso de la luz natural. Además, de incentivar las conductas de reciclaje de papel y elementos que se desechan en los centros sanitarios, en el correcto reciclado de basura.</p> <p>La proyección para el año 2020 del aumento del gasto en energía está cercana al 90%.</p> |

Tabla 6: "Factores Sociales, análisis Pest".

| FACTORES SOCIAL | |
|---|---|
| Lista de Factores | Impacto |
| Distribución de la renta. | El 12,6% de la población del SSMS, se encuentra en niveles de pobreza (incluyendo pobreza extrema), superior al promedio regional de un 9,2% (CASEN 2013). En lo relacionado a la distribución de la renta, el 53,5% de los trabajadores activos ganan menos de \$300.000, 70% menos de \$426.000, y solo el 15,9% gana más de \$652.000 líquidos (Fundación Sol, 2015). Este hecho impacta negativamente en el acceso a la salud de la población. La mayor parte del país es beneficiario del sistema público de salud y no podrá pagar seguros, sobrecargando al sistema con un alto porcentaje de usuarios en tramos bajos. Esta condición de pobreza, además impactará en mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. |
| Demografía. | Tanto la natalidad (13,95%), fecundidad (1,82%) y esperanza de vida al nacer (79,05%) configuran un escenario de mayor envejecimiento poblacional, dada la menor cantidad de nacimientos y un crecimiento proyectado a largo plazo negativo. Esta realidad impacta sobre los servicios que deben ofrecerse a la población orientándose en mayor proporción a adultos mayores. |
| Cambios en el estilo de vida. | La Encuesta Nacional de Salud refleja indicadores de sedentarismo con prevalencias del 90,8%, niveles de sobrepeso (IMC 25<30 años) del 37,8% y consumo de tabaco del 53,4%. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en el Servicio de Salud Metropolitano Sur (Deis 2010) alcanza en la población infantil bajo control a 45,8% y en los adultos mayores un 51%. La Malnutrición por exceso, es un problema de salud por si misma, y factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, del aparato locomotor, de salud mental, entre otras. |
| Educación. | El Servicio de Salud Metropolitano Sur cuenta con un 57% de población mayor de 18 años con educación media completa, una cifra bastante baja en comparación con el 64% regional. Las comunas con menores índices son Calera de Tango (37%) y Paine (46%), esto condiciona un mayor desafío en la educación sanitaria de la población. |
| Movimientos migratorios. | Para el año 2013, en la Región Metropolitana la población inmigrante alcanzó 235.610 personas, representando un 3,4% del total de la población regional, y un 66,4% del total de inmigrantes del país. Las inmigraciones del SSMS corresponden a un 0,8% concentrada principalmente en las comunas de San Joaquín y La Granja. El impacto es menor, pero debe considerarse los diferentes factores socioculturales y sociales al momento de otorgar las prestaciones de salud. |
| Sensibilización respecto a salud, bienestar y seguridad. | Los resultados de la encuesta casen 2013 relacionados a la calidad de vida en el entorno de salud, refleja que un 2,9% de la población refiere sentirse mal o muy mal con su vida en general, mientras que un 67,5% refiere sentirse bien o muy bien. Por otro lado, la encuesta de satisfacción usuaria refleja que hay mayores niveles de sensación de protección en el segmento de ISAPRES (68%) versus el segmento de población correspondiente al sector FONASA (41%). |

Tabla 7: "Factores Tecnológicos, análisis Pest".

| FACTORES TECNOLÓGICOS | |
|--|---|
| Lista de Factores | Impacto |
| Ciclo de vida y velocidad de obsolescencia tecnológica. | Existe una tendencia actual sobre la actualización constante de nuevas tecnologías, que impactan directamente en la calidad del servicio sanitario. Se debe considerar si el modelo de inversiones por obsolescencia tecnológica es sostenible versus la aplicación de programas de mantenimiento que puedan expandir la vida útil de la tecnología en salud. Además, la falta de regulación en la calidad de la tecnología importada, es un factor a ser tomado en consideración. |
| Innovaciones tecnológicas en el sector. | Las nuevas tendencias en el empleo de sistemas de comunicación a distancia y tecnología de monitorización por parte de fabricantes de equipamiento médico, están desencadenando un alto uso de los servicios de telemedicina. Debido a su alto potencial para reducir costos y mejorar la atención sanitaria, se espera que para el 2018 la Telemedicina se emplee en más de 7 millones de pacientes a nivel mundial, siendo principalmente las personas de la tercera edad, los pacientes aislados geográficamente, y pacientes imposibilitando en su desplazamiento independiente de la edad, los más beneficiados por sus dificultades en el acceso a los centros hospitalarios. |
| Uso y costo de la energía. | Por otro lado, las nuevas tendencias ecológicas, han inclinado el desarrollo de centros sanitarios cada vez más amigables con el medio ambiente. Las nuevas estrategias de "Hospital Verde" orientan a la reducción energética, uso eficaz del agua, utilización de tecnologías limpias, materiales de construcción no contaminantes, iluminación natural, entre otros. |
| Cambios en Internet y redes sociales. | El aumento del acceso a internet, ha permitido que los pacientes se empoderen de información relacionada a problemas de salud, incluso al nivel de gestionar denuncias cuando sienten que sus derechos han sido vulnerados, lo cual exige un mejor manejo comunicacional desde la red. Además, las redes sociales son una herramienta que facilita la promoción y prevención de salud, posible de utilizar a bajo costo. Como amenaza, existen fuentes no oficiales que desorientan a la población, lo que puede afectar directamente a la salud pública. |

Tabla 8: "Análisis del entorno, resultados Oportunidades y Amenazas del Servicio de Salud Metropolitano Sur".

| Oportunidades y Amenazas | | | |
|--------------------------|--|-------------------|---|
| Lista de Oportunidades | | Lista de Amenazas | |
| O1 | Desarrollo tecnológico | A1 | Desaceleración económica. |
| O2 | Convenio con universidades y centros de formación | A2 | Fortalecimiento del sector privado que compite fuertemente en RRHH (Fuga de especialistas). |
| O3 | Lineamientos del MINSAL. | A3 | Envejecimiento de nuestra población objetivo. |
| O4 | Políticas Públicas transversales (Chile Crece Contigo) | A4 | Traspaso de temas de promoción y participación desde los servicios a los Seremis. |
| O5 | Proyectos de inversión / Infraestructura. | A5 | Estructura programática cambiante del MINSAL. |
| O6 | Avances en los procesos y estructuras organizacionales del sector. | A6 | Legado de capacidades instaladas insuficientes. |
| O7 | SSMS percibido como una demanda priorizada por la población | A7 | Dificultad para la participación social. |

B. Análisis Interno (Cadena de Valor)

El análisis interno se realizó por medio del modelo de cadena de valor de Michael Porter [6], donde se deben identificar las actividades primarias y secundarias de la organización; se consideró el modelo orientador de la metodología MINSAL. Las actividades primarias están relacionadas con la producción que posee el Servicio de Salud, es decir las prestaciones de salud que se entregan a la población; estas actividades se clasificaron según la logística de entrada, operación, logística de salida, marketing y ventas. En el caso de las actividades secundarias o de apoyo, se clasificaron en procesos de infraestructura de la gestión, administración de recurso humano, desarrollo tecnológico, y abastecimiento.

Esta actividad se realizó conformando un equipo de trabajo liderado por el jefe del Departamento de Gestión de Redes. Se consideró el uso de la cartera de servicios, el decreto DS 140 de la Superintendencia de Salud y el manual organizacional del Servicio, etc., como primera aproximación en la identificación de los procesos primarios y secundarios de la red. Posteriormente, el equipo de trabajo validó y complementó cada aspecto de las actividades, identificando además, las posibles fortalezas y debilidades del Servicio. Por último, se generó la cadena de valor de Michael Porter para el Servicio Metropolitano Sur.

i. Listado de participantes.

Tabla 9: “Lista participantes, análisis interno”.

| Nombre | Cargo | Función proyecto |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Osvaldo Salgado Zepeda | Director de Servicio | Gerente |
| Carmen Aravena Cerda | Subdirectora Médica | Coordinadora |
| Alfredo Roman Marchant | Subdirector Administrativo | Profesional de apoyo |
| Máximo Gómez Lazcano | Subdirector RRHH | Profesional de apoyo |
| Hugo Ulloa | Jefe DGR | Jefe de la actividad |
| Práxedes Duarte | Jefe DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Yáñez | Jefe DTS | Profesional de apoyo |
| Ramón Vergara | DGR | Profesional de apoyo |
| Christian Vargas | DGR | Profesional de apoyo |
| Carmen Ferrada | DGR | Profesional de apoyo |
| Gerardo Cruces | DGR | Profesional de apoyo |
| Lorena Vera | DGR | Profesional de apoyo |
| Tatiana Figueroa | DGR | Profesional de apoyo |
| Pamela Vidal | DGI | Profesional de apoyo |
| Montserrat Espinoza | DGI | Profesional de apoyo |
| Jorge Pérez | DGI | Profesional de apoyo |
| Luis Valenzuela | DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Onell | DTS | Profesional de apoyo |
| Carlos Campos | DTS | Profesional de apoyo |
| Érica Contreras | DTS | Profesional de apoyo |
| Hugo Lazo | DTS | Profesional de apoyo |
| María Teresa González | DTS | Profesional de apoyo |
| Bert Kaempfe | DTS | Profesional de apoyo |

ii. Resultados obtenidos.

- **Actividades primarias** Actividades que están directamente relacionadas con la producción y comercialización del producto servicio.

1. Logística de entrada (Procesos de Relación con el Usuario y Procesos de Apoyo Logístico).

1. Gestión de bodega y distribución: insumos clínicos y generales, y fármacos.
2. Levantamientos de necesidad de reposición de insumos clínicos, generales y fármacos (análisis demanda y oferta).
3. Admisión de Pacientes.
4. Referencia, derivación, y contraderivación.
5. Gestión de camas.

2. Operación.

1. Procesos Clínicos.
 - Atención Abierta.
 - Atención Cerrada.
 - Atención Urgencia.
2. Procesos de Apoyo Clínico.
 - Proceso de Apoyo Clínico de Esterilización.
 - Proceso de Apoyo Clínico de Rehabilitación.
 - Proceso de Apoyo Clínico Laboratorio Clínico.
 - Proceso de Apoyo Clínico Medicina Transfusional y Banco de Sangre.
 - Proceso de Apoyo Clínico de Imagenología.
 - Proceso de Apoyo Clínico de Anatomía Patológica.
 - Proceso de Apoyo Clínico Dieto-Terapéutico.
 - Proceso de Apoyo Clínico Farmacéutico.
 - Proceso de Apoyo Clínico de Servicio social.
3. Proceso de Apoyo Logístico.
4. Servicios de mantenimiento de tecnología.
5. Servicios de planta: suministro de agua, electricidad, combustibles, gases, etc. (Servicios generales).

3. Logística de Salida.

- i. Elaboración y entrega de epicrisis y carnet de alta.
- ii. Seguimiento de pacientes de Cirugía mayor ambulatoria en atención ambulatoria.
- iii. Seguimiento de pacientes de alta en atención ambulatoria.
- iv. Visitas domiciliarias, cuidado en el hogar.
- v. Hospitalización domiciliaria.

4. Marketing y Ventas.

1. Actividades de promoción y prevención en salud.

- **Actividades secundarias:** actividades que agregan valor al producto pero que no están directamente relacionadas con la producción y comercialización de éste, sino que más bien sirven de apoyo a las actividades primarias

1. Infraestructura de la gestión.

1. Planificación, coordinación, evaluación y mejoras de la red asistencial.
2. Cumplimiento de políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.
3. Finanzas: Aprobar y modificar presupuestos de los establecimientos sanitarios.
Presupuesto Anual
4. Control económico.
5. Control de calidad: Auditoria (fiscalización, control y evaluación de acciones que el servicio debe cumplir).
6. Asesorías Jurídicas.
7. Relaciones públicas y comunicaciones.
8. Gestión de la información de salud.

2. Administración de Recursos Humanos.

1. Gestión de Personal: Supervisión de cumplimientos de normativas, remuneraciones, beneficios económicos, sociales y prevención de riesgos.
2. Contratación: Sistemas de reclutamiento, selección, inducción y orientación funcionaria.
3. Formación: Otorgar becas a profesionales funcionarios. Plan anual de capacitación

3. Desarrollo tecnológico.

1. Proyectos Inversión Hospitalaria y APS.
2. Desarrollo de estrategias de TICS (tecnologías de información en el ámbito de la red asistencial): Plan integrador y de implementación de las tecnologías de información y telecomunicaciones para la red asistencial.
3. Docencia e investigación: Convenios Universidades, implementación nuevos protocolos y tecnologías médicas.
4. Asesorías técnicas en tecnología.

4. Abastecimiento.

1. Gestión Planes anuales de compra.
2. Ejecución de Compras públicas.
3. Seguimiento recepción e instalación de adquisiciones

Una vez definidas las actividades primarias y secundarias se formula la Cadena de valor de Michael Porter del Servicio Metropolitano Sur la cual se presenta a continuación.

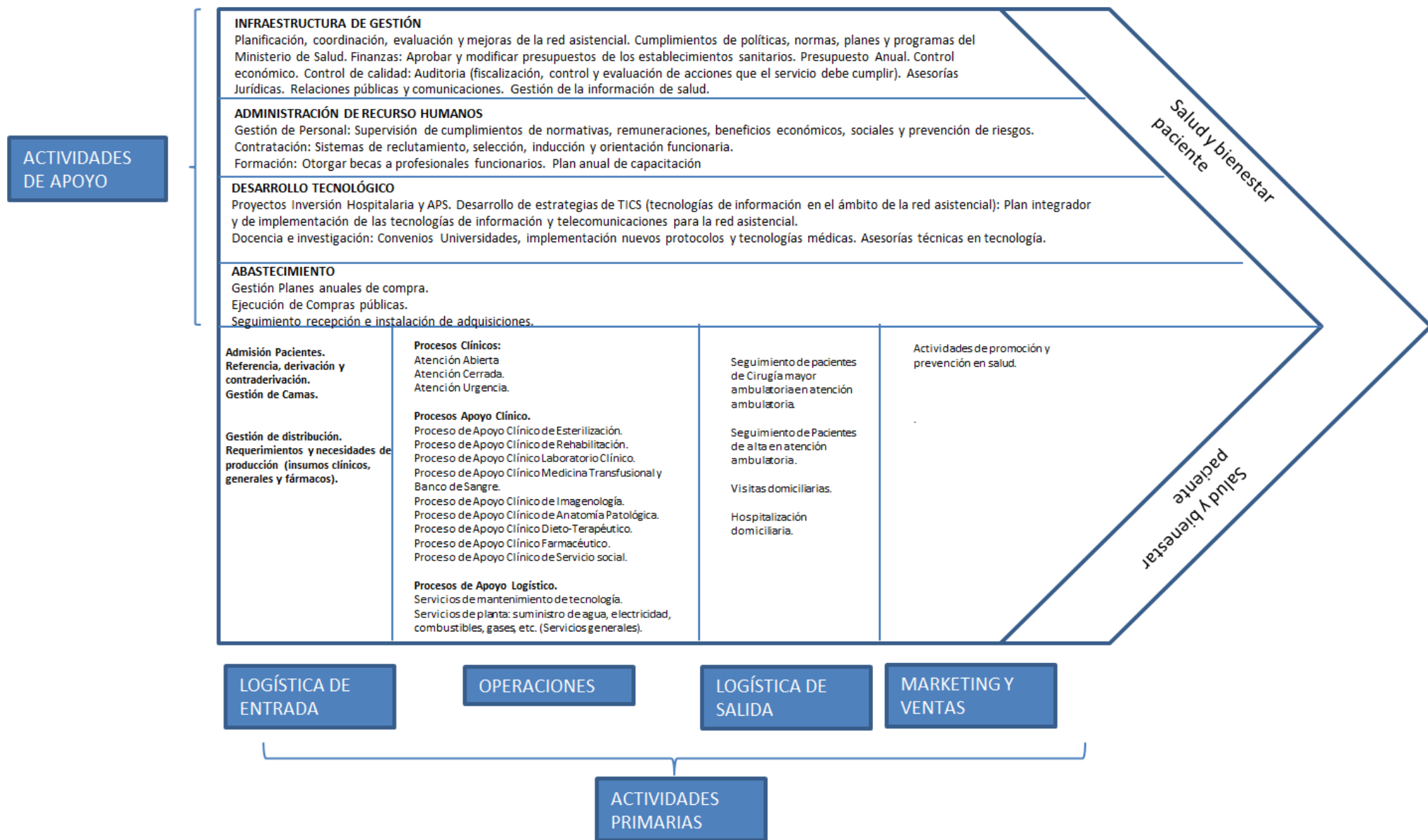


Figura 3: "Cadena de valor de Michael Porter del Servicio Metropolitano Sur".

Tabla 10: “Análisis Interno, resultados fortalezas y debilidades del Servicio de Salud Metropolitano Sur”.

| Factores Internos | | | |
|---------------------|---|----------------------|---|
| Lista de Fortalezas | | Lista de Debilidades | |
| F1 | Capital humano, social e histórico. | D1 | Población objetivo de alto riesgo social |
| F2 | Referentes e innovadores en medicina. | D2 | Falta de equipamiento tecnológico |
| F3 | Equipo directivo con experiencia en sector público. | D3 | Falta de competencias tecnológicas de los funcionarios. |
| F4 | Equipo comprometido y calificado. | D4 | Falta de roles definidos. |
| F5 | Permanencia y continuidad de las personas y los procesos. | D5 | Falta de mirada o foco en los procesos(mirada sistemática) |
| F6 | Identidad propia/Sentido de pertenencia. | D6 | Falta de competencias para problemas psicosociales. |
| F7 | Equilibrio Financiero | D7 | Falta de liderazgos a todo nivel. |
| F8 | Capacidad técnica instalada | D8 | Falta de gestión de talentos. |
| | | D9 | Falta de especialistas. |
| | | D10 | Falta de promoción. |

C. Análisis FODA

Considerando las variables del entorno por medio del desarrollo del “Análisis Pest” con los respectivos factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos; se reconocieron los factores externos de oportunidades y amenazas del Servicio. Asimismo, se identificaron las fortalezas y debilidades por medio del análisis interno utilizando el modelo de cadena de valor de Michael Porter.

Se forma un equipo de trabajo para validar, complementar y corregir aquellos factores tanto internos como externos identificados. La actividad se realiza en una sesión, en donde además de definir oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades, se procedió a construir la matriz “FODA” donde se establecieron las estrategias para abordar las siguientes situaciones:

- Estrategias F/O a utilizar, que consideren las fortalezas para aprovechar las oportunidades
- Estrategias D/O a utilizar, que aprovechen las oportunidades para superar las debilidades.
- Estrategias F/A a utilizar, que consideren las fortalezas para evitar las amenazas.
- Estrategias D/A a utilizar, que minimicen las debilidades y eliminen las amenazas.

En su conjunto, con los factores interno, externo y las estrategias de solución, se establecen las líneas estratégicas del Servicio. Además a cada línea estratégica se le asignó un puntaje (Alto, Medio y Bajo) que permita priorizar y reconocer las estrategias finales que abordara el Servicio.

i. Listado de participantes.

Tabla 11: “Lista participantes diseño de matriz FODA”.

| Nombre | Cargo | Función proyecto |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Osvaldo Salgado Zepeda | Director del Servicio | Gerente |
| Carmen Aravena Cerda | Subdirectora Médica | Coordinadora |
| Alfredo Roman Marchant | Subdirector Administrativo | Profesional de apoyo |
| Máximo Gómez Lazcano | Subdirector RRHH | Profesional de apoyo |
| Hugo Ulloa | Jefe DGR | Jefe de la actividad |
| Práxedes Duarte | Jefe DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Yañez | Jefe DTS | Profesional de apoyo |
| Ramón Vergara | DGR | Profesional de apoyo |
| Christian Vargas | DGR | Profesional de apoyo |
| Carmen Ferrada | DGR | Profesional de apoyo |
| Gerardo Cruces | DGR | Profesional de apoyo |
| Lorena Vera | DGR | Profesional de apoyo |
| Tatiana Figueroa | DGR | Profesional de apoyo |
| Pamela Vidal | DGI | Profesional de apoyo |
| Montserrat Espinoza | DGI | Profesional de apoyo |
| Jorge Perez | DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Onell | DTS | Profesional de apoyo |
| Carlos Campos | DTS | Profesional de apoyo |
| Erica Contreras | DTS | Profesional de apoyo |
| Hugo Lazo | DTS | Profesional de apoyo |
| Maria Teresa González | DTS | Profesional de apoyo |
| Bert Kaempfe | DTS | Profesional de apoyo |

ii. Resultados obtenidos (Matriz FODA).

Tabla 12: "Matriz FODA del Servicio de Salud Metropolitano Sur".

| | | Lista de Fortalezas | | Lista de Debilidades | |
|------------------------|--|---|---------|---|---------|
| | | FACTORES INTERNOS | | FACTORES EXTERNOS | |
| | | F1 Capital humano, social e histórico. | | D1 Población objetivo de alto riesgo social | |
| | | F2 Referentes e innovadores en medicina. | | D2 Falta de equipamiento tecnológico | |
| | | F3 Equipo directivo con experiencia en sector público. | | D3 Falta de competencias tecnológicas de los funcionarios. | |
| | | F4 Equipo comprometido y calificado. | | D4 Falta de roles definidos. | |
| | | F5 Permanencia y continuidad de las personas y los procesos. | | D5 Falta de mirada o foco en los procesos (mirada sistemática) | |
| | | F6 Identidad propia/Sentido de pertenencia. | | D6 Falta de competencias para problemas psicosociales. | |
| | | F7 Equilibrio Financiero | | D7 Falta de liderazgos a todo nivel. | |
| | | F8 Capacidad técnica instalada | | D8 Falta de gestión de talentos. | |
| | | | | D9 Falta de especialistas. | |
| | | | | D10 Falta de promoción. | |
| | | Estrategias F/O a utilizar, que consideren las fortalezas para aprovechar las oportunidades | | Estrategias D/O a utilizar, que aprovechen las oportunidades para superar las debilidades | |
| Lista de Oportunidades | | Nombre | Puntaje | Nombre | Puntaje |
| O1 | Desarrollo tecnológico | Participación Social: usuario como aliado estratégico para la promoción y prevención | Alto | Desarrollar del patrimonio humano: el RRHH como un valor de la institución. | Alto |
| O2 | Convenio con universidades y centros de formación | Fortalecer la gestión de innovación e investigación | Medio | Establecer estrategia del buen trato sustentado en personal orgulloso y comprometido. | Alto |
| O3 | Lineamientos del MINSAL. | | | | |
| O4 | Políticas Públicas transversales (Chile Crece Contigo) | | | | |
| O5 | Proyectos de inversión / Infraestructura. | | | | |
| O6 | Avances en los procesos y estructuras organizacionales del sector. | | | | |
| O7 | SSMS percibido como una demanda priorizada por la población | | | | |

| Lista de Amenazas | | Estrategias F/A a utilizar, que consideren las fortalezas para evitar las amenazas | | Estrategias D/A a utilizar, que minimicen las debilidades y eliminen las amenazas | |
|-------------------|---|--|---------|---|---------|
| | | Nombre | Puntaje | Nombre | Puntaje |
| A1 | Desaceleración económica. | Coordinación de la Red (con equidad, calidad y eficacia) | Alto | Fortalecer el uso eficiente de los recursos | Alto |
| A2 | Fortalecimiento del sector privado que compite fuertemente en RRHH (Fuga de especialistas). | Establecer una planificación de la gestión anual | Medio | Priorizar Mejoras de infraestructura y equipos | Medio |
| A3 | Envejecimiento de nuestra población objetivo. | | | | |
| A4 | Traspaso de temas de promoción y participación desde los servicios a los Seremis. | | | | |
| A5 | Estructura programática cambiante del MINSAL. | | | | |
| A6 | Legado de capacidades instaladas insuficientes. | | | | |
| A7 | Dificultad para la participación social. | | | | |

D. Desarrollo de líneas estratégicas del SSMS

El análisis de la matriz FODA, junto con las posibles propuestas de manejo de los factores, dio como resultado la generación de las líneas estratégicas, a las cuales se les asignó un puntaje en virtud de la priorización y su importancia.

Tabla 13: “Cuadro de líneas estrategias de planificación del Servicio de Salud Metropolitano Sur”.

| Líneas Estratégicas | Puntaje |
|--|-------------|
| Coordinación de la Red (con equidad, calidad y eficacia) | Alto |
| Participación Social: usuario como aliado estratégico para la promoción y prevención | Alto |
| Establecer estrategia del buen trato sustentado en personal orgulloso y comprometido. | Alto |
| Fortalecer el uso eficiente de los recursos | Alto |
| Desarrollo del patrimonio humano: el RRHH como un valor de la institución | Alto |
| Fortalecer la gestión de innovación e investigación | Medio |
| Establecer una planificación de la gestión anual | Medio |
| Priorizar Mejoras de infraestructura y equipos | Medio |

De estas líneas estratégicas, se consideraron aquellas con puntaje “Alto” como las estrategias que el Servicio de Salud abordará los próximos tres años. Por otro lado, se definió que las estrategias con puntaje medio, ya están consideradas dentro de las líneas con un alto puntaje.

i. Definición las líneas estratégicas

➤ **Coordinación de la Red (con equidad, calidad y eficacia)**

De acuerdo a la Ley 19.937 a los Servicios de Salud les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial, para 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.

Esta línea estratégica permite establecer la articulación de los componentes de la red, con una mirada integral de los diferentes niveles de atención, permitiendo disminuir las brechas de e inequidades; ofertando prestaciones de salud sincronizadas a las necesidades de los usuarios, con una comunicación eficiente y sin interrupciones. Además, debe considerar la participación activa de los usuarios, así como su dignidad y sus derechos.

➤ **Participación Social**

La participación social es parte sustantiva de las acciones dirigidas a disminuir los principales problemas que afectan la salud colectiva; y para abordar el complejo proceso salud – enfermedad – atención y los determinantes socioeconómicos y culturales.

Resulta un desafío constante generar el soporte para abordar la promoción de salud, pues no son las acciones aisladas las que permitirán elevar la salud de la comunidad, sino la integración del inter-sector, generando un movimiento sinérgico que avance hacia una mejora en la calidad de vida de la población. Para ello la estrategia de coordinación y articulación con los diferentes actores involucrados en la toma de decisiones, es la medida

para generar más y mejor impacto en la población en pos de estilos de vida saludables. La promoción de la salud debe realizarse con pertinencia cultural, territorial y de género, lo que implica observar las distintas formas de habitar los entornos que existen en la comunidad, para levantar desde allí las necesidades sentidas de los grupos humanos y generar en conjunto con los equipos de cabecera de los CESFAM, las estrategias que permitan caminar hacia una mejor salud.

La acción comunitaria es un elemento fundamental para el fortalecimiento de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, asimismo, favorece la aplicación de políticas públicas saludables y fomenta el desarrollo de estos entornos, impactando en una mejoría significativa de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades.

➤ **Trato**

El buen trato dignifica al ser humano, enriquece nuestra sociedad y en innumerables ocasiones evita el malestar o frustración que presentan las personas ante las limitaciones propias o de su entorno.

Esta realidad se aprecia con mayor agudeza en aquellos sectores donde el trabajo en equipo es una piedra angular para el desarrollo de la tarea. En éstos, el buen trato es un recurso fundamental para viabilizar el buen cumplimiento y coherencia de las metas que se persiguen.

Convencida de su importancia y sumando los lineamientos gubernamentales en la materia, la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur busca fortalecer los vínculos que existen al interior y entre sus equipos, como una forma de favorecer las buenas relaciones y facilitar la coordinación que necesariamente debemos poseer como red para brindar una mejor salud a nuestros usuarios.

Es por esto que la mejora constante y el fortalecimiento en la gestión, requiere el diseño de una política en la que se establezcan lineamientos y acciones estratégicas en términos de la calidad, tanto para los usuarios internos y externos de nuestros Establecimientos, fomentando además las buenas relaciones interpersonales, ambiente laboral, ética, respeto, valores, reconocimiento al desempeño, entre otros; y de esta manera poder integrar los esfuerzos que realizarán las distintas unidades, en pos de disponer de un marco general regulatorio que permita direccionar a los funcionarios sobre el adecuado comportamiento dentro de la Institución.

➤ **Desarrollo del patrimonio humano**

Como un eje central de un Estado Moderno al Servicio de los Ciudadanos y los principios orientadores que guían la Política de Salud, de garantizar a la población el acceso equitativo a las prestaciones de salud, demanda la incorporación de una visión renovada e innovadora sobre las personas que integran los equipos de salud, incluyendo los procesos de formación, el desarrollo de nuevas competencias – capacidades, que promuevan la valoración y reconocimiento de estos, mediante un modelo de gestión que incentiven la máxima expresión del patrimonio humano.

➤ **Uso eficiente de los recursos**

Avanzar en la Transparencia, Eficiencia y Modernización en el Uso de Recursos Físicos, Tecnológicos, Humanos y Financieros de la Red Asistencial.

El uso adecuado de los recursos públicos puestos a disposición del Servicio, implica un imperativo ético para el cumplimiento de la misión y Objetivos Sanitarios de la institución en beneficio de la población.

ii. Presentación del Modelo de Negocio CANVAS del Servicio de Salud

Tabla 14: “Modelo de negocios CANVAS del Servicio de Salud Metropolitano Sur”.

| 8 Alianzas Clave | 6 Actividades Clave | 2 Propuestas de Valor | 4 Relación con clientes (Usuarios) | 1 Segmento de mercado |
|---|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Municipalidades. ✓ Ministerio de Salud. ✓ SAMU. ✓ Seremi de Salud. ✓ Gobierno Regional. ✓ CENABAST. ✓ ISP. ✓ Proveedores. ✓ Universidades. ✓ Institutos de formación superior. ✓ Organizaciones comunitarias. ✓ Otras redes de salud pública y privada | <p>Clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención Abierta. ✓ Atención Cerrada. ✓ Atención de Urgencias. <p>Apoyo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Imagenología. ✓ Anatomía Patológica. ✓ Dieto-Terapéutico. ✓ Farmacéutico. ✓ Servicio social. <p>Actividades Promoción y prevención en salud.</p> | <p>Se brinda atención de salud integral de nivel primario y secundario, atención de urgencias y atención de cerrada.</p> <p>Servicio 24 horas, todos los días del año (24/7).</p> <p>Trabajo intersectorial.</p> | <p>Cuidado personalizado.</p> <p>Atención directa entre miembro del equipo de salud y el paciente.</p> <p>Grupos de trabajo comunitario.</p> <p>Talleres de atención en salud.</p> | <p>Pacientes de todas las edades del sector sur de la región metropolitana de las comunas de: San Miguel, San Joaquín, San Bernardo, Calera de Tango, Buin, Lo Espejo, Paine, El Bosque y La Granja, La Cisterna y Pedro Aguirre Cerda. Inscritos en FONASA.</p> |
| | <p>7 Recursos Clave</p> <p>Recurso humano clínico y administrativo.</p> <p>Infraestructura Hospitalaria.</p> <p>Equipamiento Médico e Industrial.</p> <p>TICS (Tecnologías de la información).</p> <p>Fármacos.</p> <p>Insumos de uso Clínicos.</p> <p>Insumos generales.</p> | | <p>3 Canales</p> <p>Se brinda la presentación de salud de manera directa.</p> <p>Información de salud en páginas web.</p> <p>Acercar el servicio por medio de Ferias de salud.</p> <p>Actividades de Promoción.</p> <p>Campañas de Salud Específicas</p> | |
| <p>9 Estructura de costos</p> <p>Pago RRHH.</p> <p>Pago Servicios generales.</p> <p>Mantenimiento Equipamiento médico.</p> <p>Mantenimiento TICS.</p> <p>Fármacos</p> <p>Insumos de uso médico.</p> <p>Adquisiciones Tecnológicas.</p> <p>Mantención infraestructura.</p> <p>Proyectos clínicos.</p> <p>Proyectos Hospitalarios.</p> | | | <p>5 Fuentes de Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presupuesto asignado: APS: Per cápita por cantidad de población. Hospitales: PPV, PPI y GRD. ✓ Ingreso propio: Copago. ✓ Otros. Aportes municipales, seguros, postulaciones a proyectos y Universidades | |

E. Elaboración Mapa Estratégico

Para elaborar el Mapa Estratégico del SSMS se requiere definir nuestros Objetivos estratégicos para cada lineamiento estratégico (coordinación de la red, participación social, Trato, Uso Eficiente de los recursos y Desarrollo del patrimonio Humano). Junto con lo anterior, para cada objetivo se presenta un diccionario de objetivos, de tal forma de expresar los vínculos con los objetivos de la siguiente perspectiva.

Para cada perspectiva, se analizarán los vínculos o relaciones causa-efecto que potencian la creación de valor, ya que ellos trazan la ruta clave que se debe seguir para alcanzar la estrategia. Esto será presentado a través de un esquema de relaciones causa-efecto, definiendo la cadena lógica por la cual los activos intangibles serán transformados en valores tangibles.

Posteriormente, se debe seleccionar y priorizar los indicadores para cumplir cada objetivo estratégico definido. Para cada indicador se confeccionará una ficha técnica las cuales poseen el formato utilizado en los establecimientos autogestionados en red.

Finalmente al unir todos los elementos mencionados se construirá nuestro el Mapa Estratégico del SSMS para los años 2016-2018.

i. Desarrollo de Objetivos Estratégicos del SSMS

Conforme a la metodología del Balanced Scorecard (BSC), se establecen objetivos estratégicos (OE), para cada una de las perspectivas y lineamientos seleccionados. Estos OE son las grandes acciones concretas que se pretende realizar. Los OE asignados permiten potenciar el alcance de la línea estratégica definida, y generaran un grupo de indicadores asociados para medir el alcance del objetivo estratégico y entregar el resultado hacia la implementación exitosa de la estrategia.

1. Coordinación de la Red

A los Servicios de Salud les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial, para la ejecución de las acciones integradas, con una mirada integral de los diferentes niveles de atención, incluyendo la comunidad. La red debe asegurar resolutivez, acceso, oportunidad y continuidad, en un ambiente de mínimas trabas burocráticas.

Para ello es necesario el uso adecuado de los recursos con herramientas de coordinación conocidas por todos, aprovechando adecuadamente las tecnologías, estimulando la interrelación entre los actores, en donde el fortalecimiento de la APS es clave.

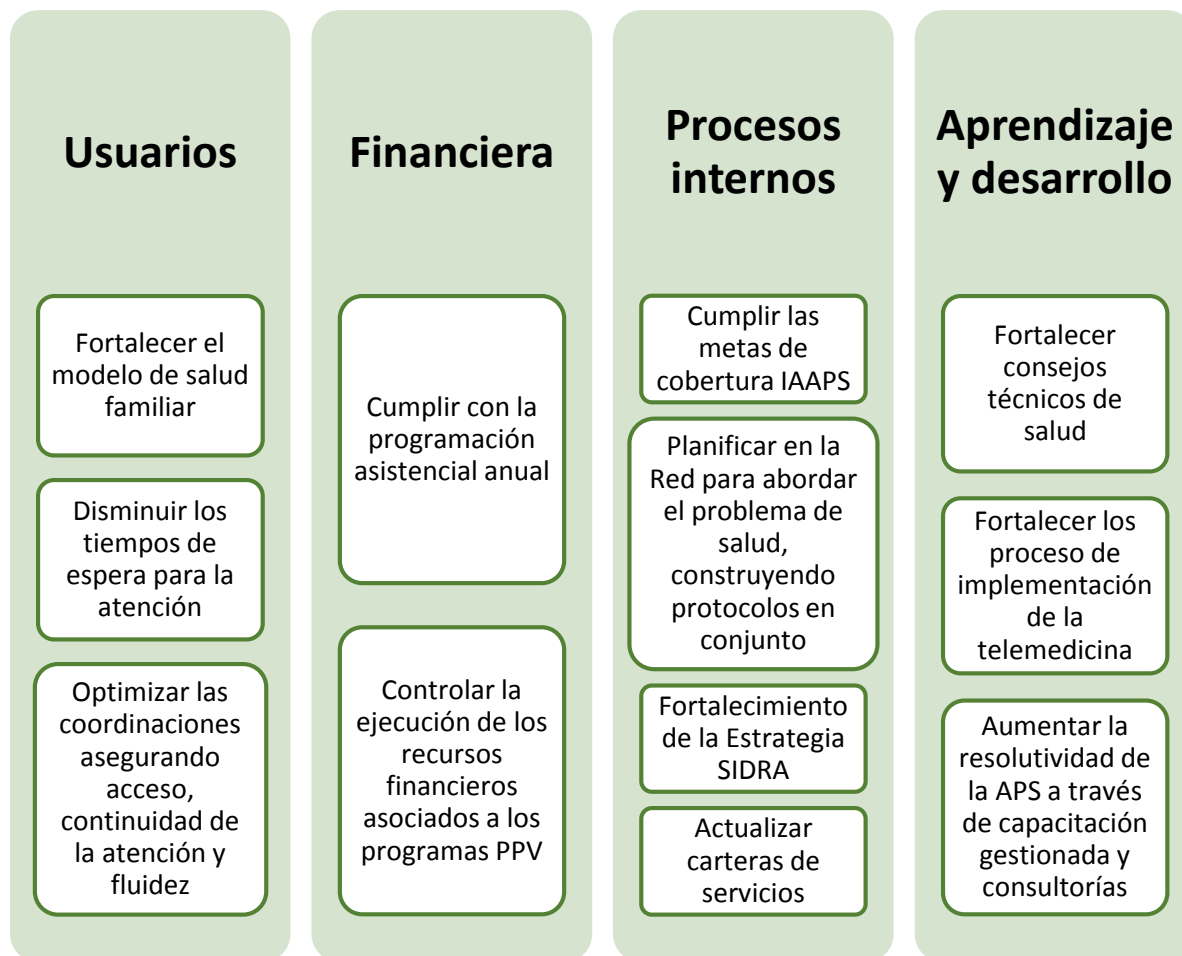


Figura 4: *Objetivos estratégicos del lineamiento Coordinación de la Red, asociados a las perspectivas estratégicas. Elaboración Propia SSMS*

2. Participación Social

Para el Servicio de Salud la participación social es imprescindible y componente clave para abordar el complejo proceso “salud – enfermedad – atención”. Siendo la base de la creación de ciudadanía y de la democracia, en nuestro sector debe enfocarse a obtener impacto en la mejoría de la salud.

Para ello es necesario convocar al intersector para influir en los determinantes socioeconómicos y culturales, fortaleciendo acciones comunitarias de promoción que tiendan a mejorar la calidad de vida de la población. Esta promoción debe realizarse con pertinencia cultural, territorial y de género.

La comunidad debe incorporarse a los diferentes espacios de poder de manera progresivamente vinculante, por medio de sus representantes.

Se reconoce que el espacio principal de la interacción con la comunidad es la APS.

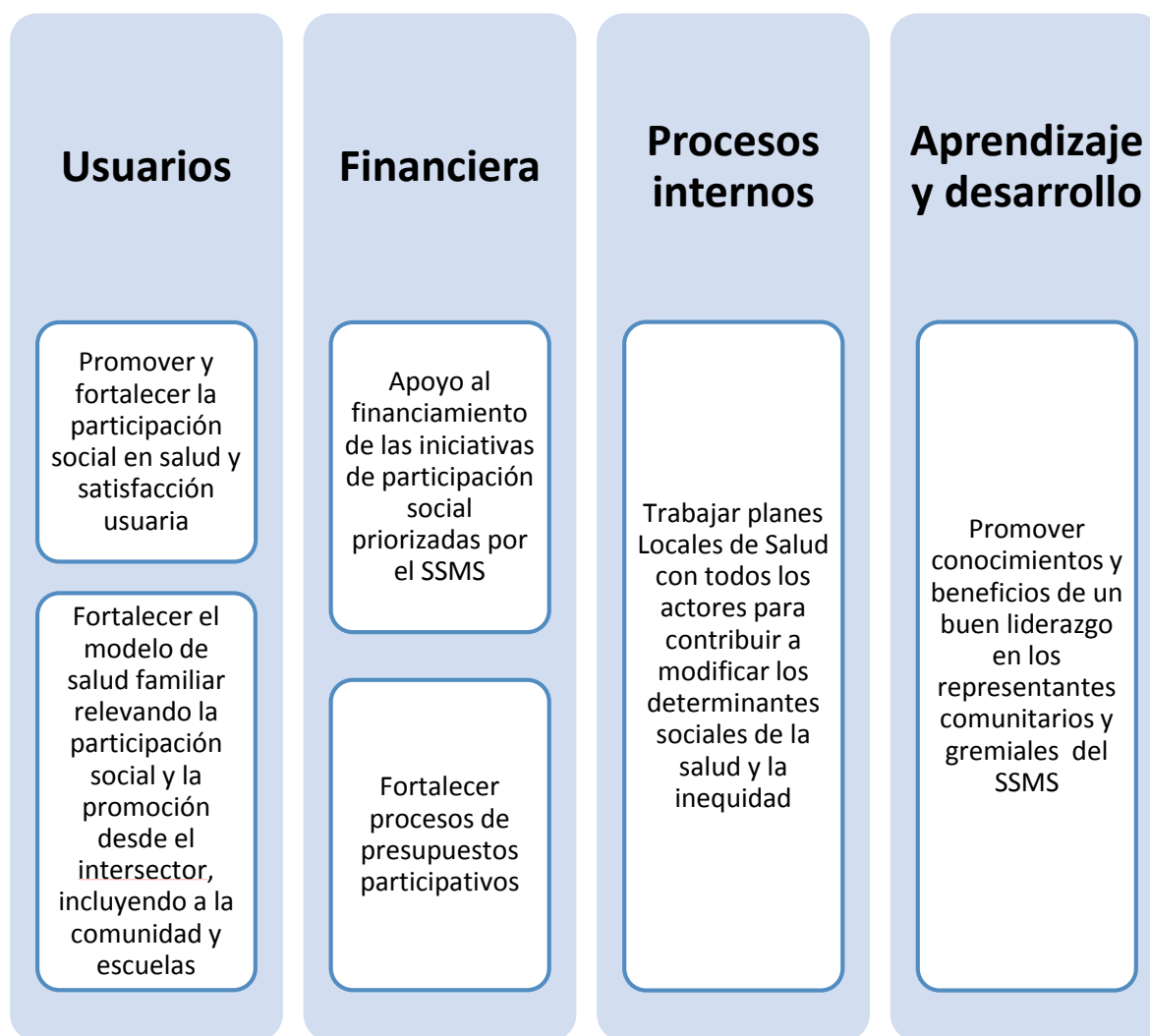


Figura 5: Objetivos estratégicos del lineamiento Participación Social, asociados a las perspectivas estratégica. Elaboración Propia SSMS

3. Trato

Convencidos de su importancia y sumándose a los lineamientos gubernamentales en la materia, la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur busca fortalecer los vínculos que existen al interior de los equipos, como una forma de favorecer las buenas relaciones y facilitar la coordinación que necesariamente debemos poseer como red, para brindar una mejor salud a nuestros usuarios.

Es por esto que la mejora constante y el fortalecimiento en la gestión, requiere el diseño de una política en la que se establezcan lineamientos y acciones estratégicas en términos de la calidad, tanto para los usuarios internos y externos de nuestros establecimientos, fomentando las buenas relaciones interpersonales, ambiente laboral, ética, respeto, valores, reconocimiento al desempeño.

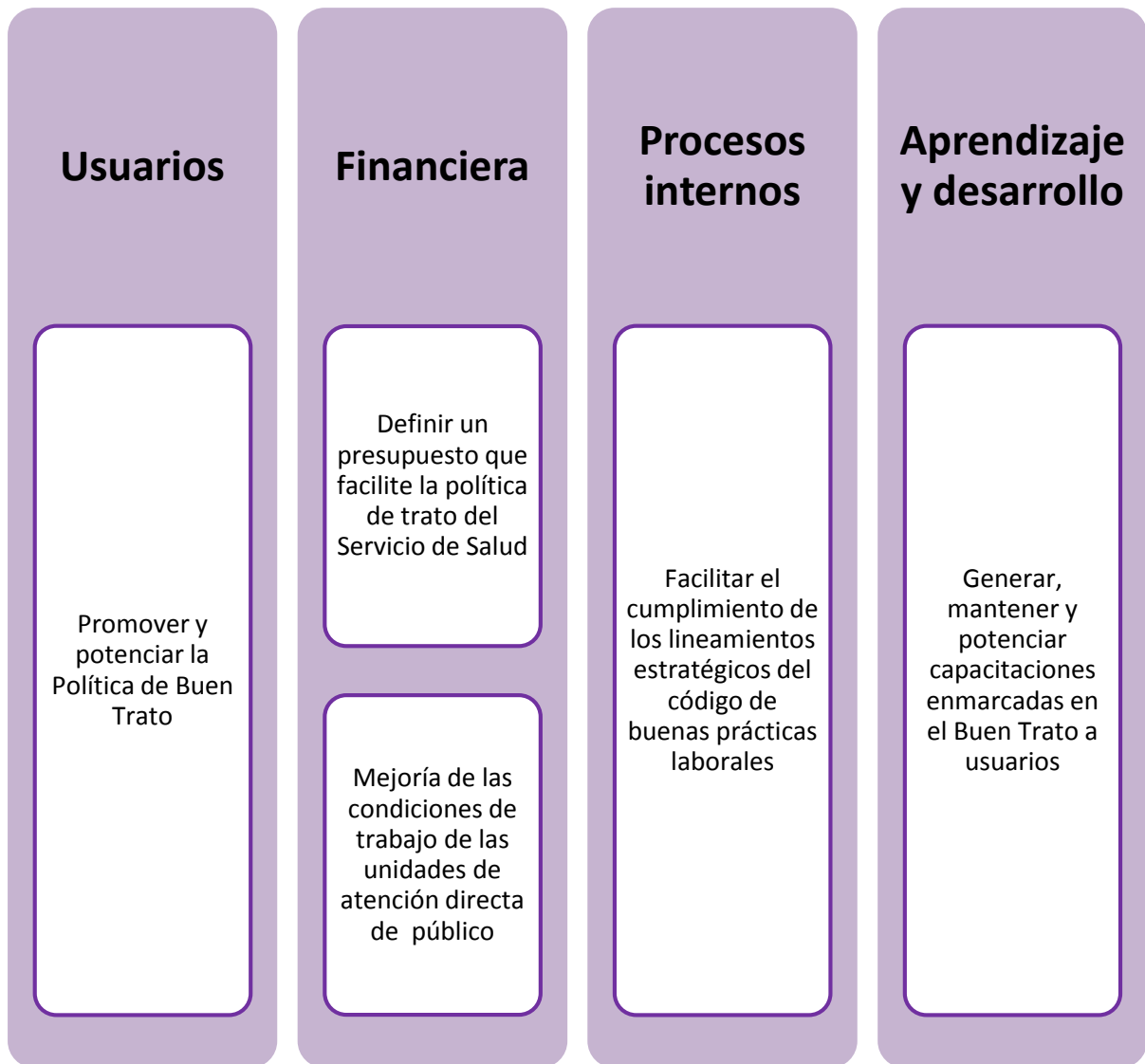


Figura 6: *Objetivos estratégicos del lineamiento Trato, asociados a las perspectivas estratégica.*

Elaboración Propia SSMS

4. Uso Eficiente de los Recursos

El uso adecuado de los recursos públicos puestos a disposición del Servicio, implica un imperativo ético para el cumplimiento de la misión y objetivos de la institución. La población debe beneficiarse del uso eficiente de los recursos.

Se debe avanzar en el desarrollo de fortalezas en el uso de la información, la supervisión, el cumplimiento de compromisos.

Los procesos deben estar debidamente definidos, favoreciendo la transparencia y la calidad

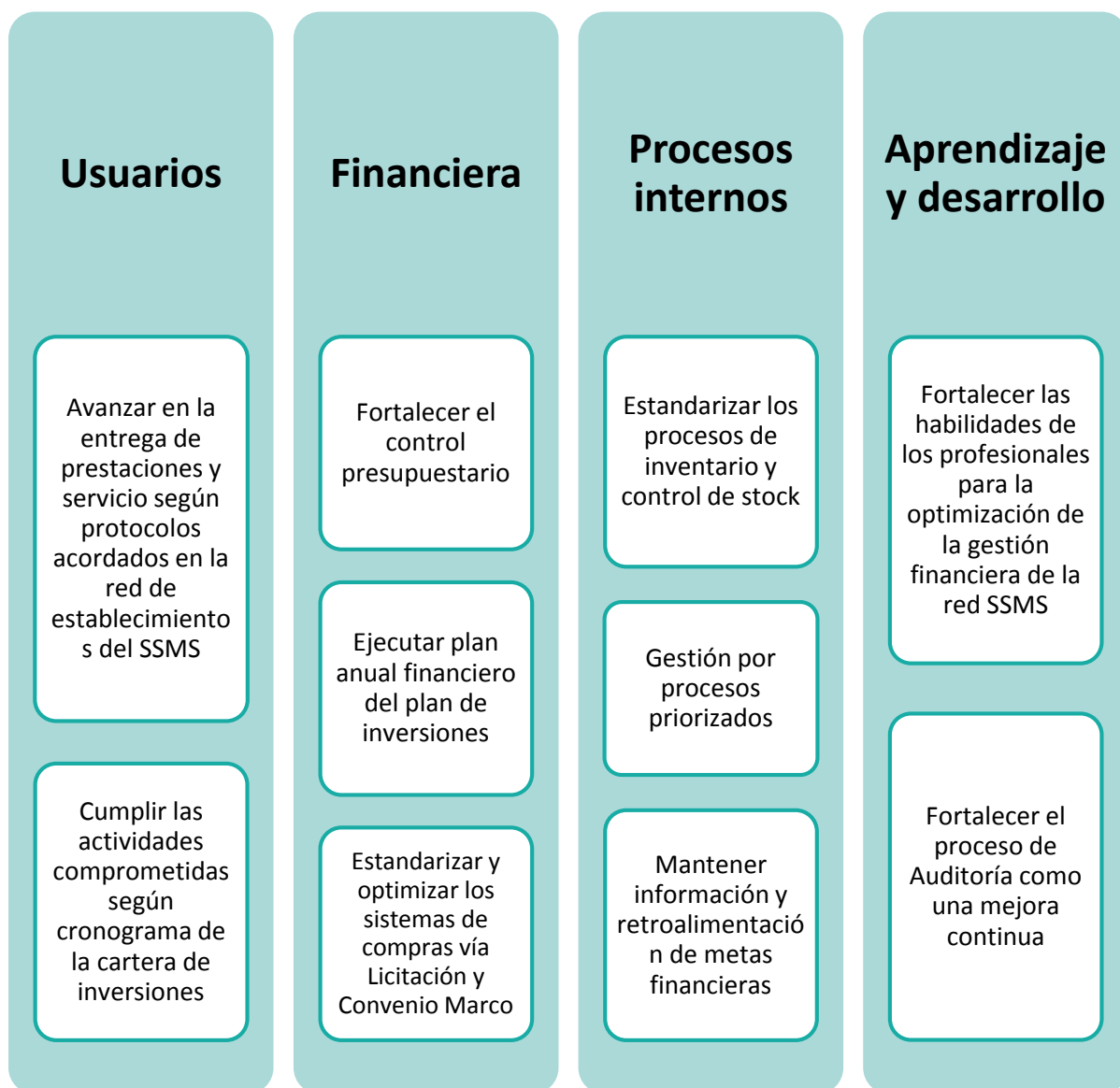


Figura 7: *Objetivos estratégicos del lineamiento Uso Eficiente de los Recursos, asociados a las perspectivas estratégicas. Elaboración Propia SSMS*

5. Desarrollo del Patrimonio Humano

Para el Servicio de Salud, las personas que trabajan en salud son el mayor patrimonio, en tanto son quienes entregan los servicios a la población.

Garantizar a la población el acceso equitativo a las prestaciones de salud, demanda la incorporación de una visión renovada e innovadora sobre las personas que integran los equipos de salud.

En esa medida, es imprescindible avanzar en proveer las mejores condiciones de trabajo posible, incluyendo los procesos de formación y desarrollo de competencias y habilidades.

Al mismo tiempo, promover una visión crítica respecto al trabajo realizado, fomentando la innovación en la solución de los problemas.

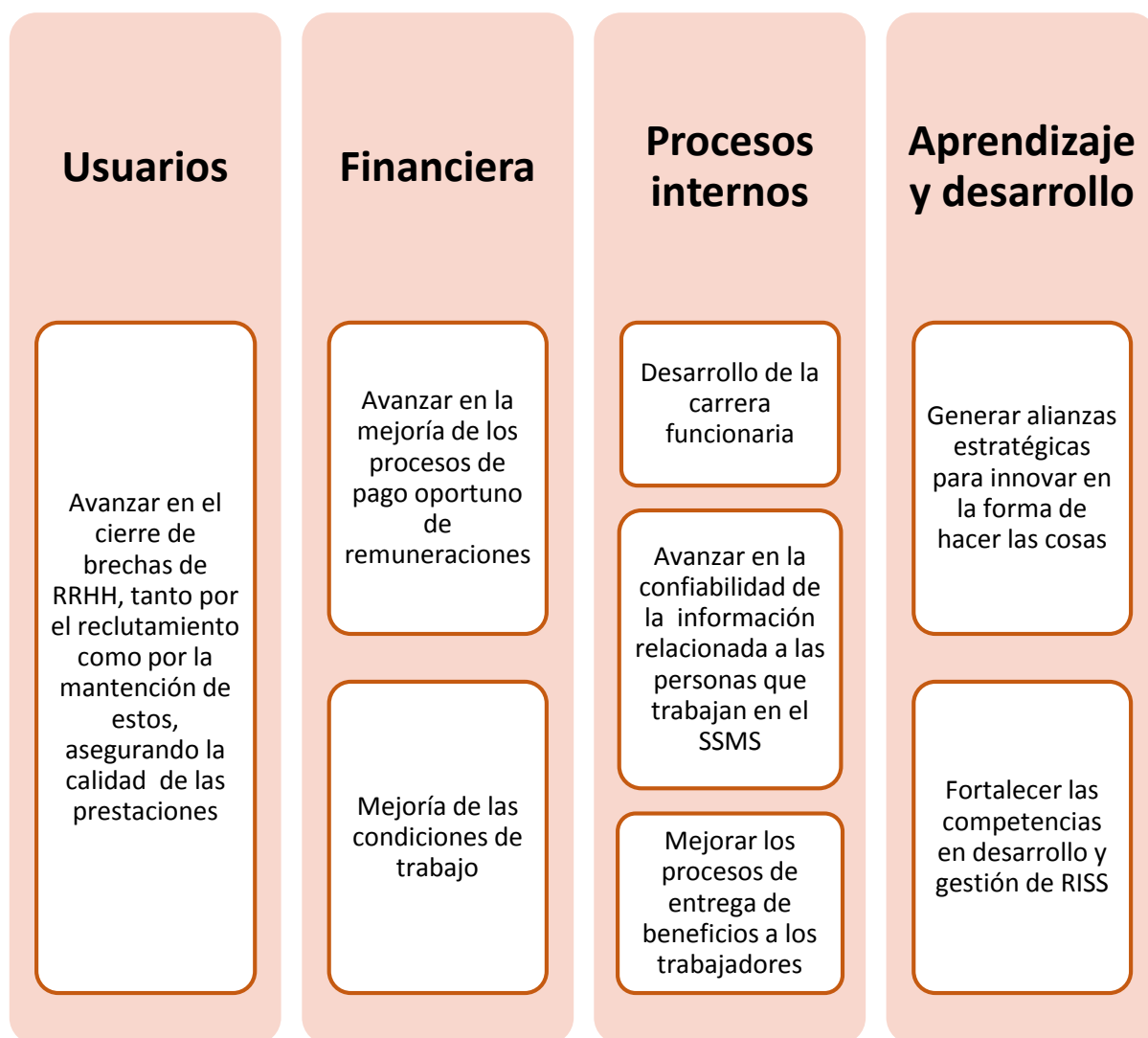


Figura 8: objetivos estratégicos del lineamiento Desarrollo del Patrimonio Humano, asociados a las perspectivas estratégicas. Elaboración Propia SSMS.

ii. Relación causa-efecto perspectivas

Esta relación describe el camino concreto para alcanzar el éxito con la estrategia y el “cómo” de la creación de valor, producto de la combinación de indicadores. A continuación se muestra la relación causa y efecto del cuadro de mando de las diferentes perspectivas.

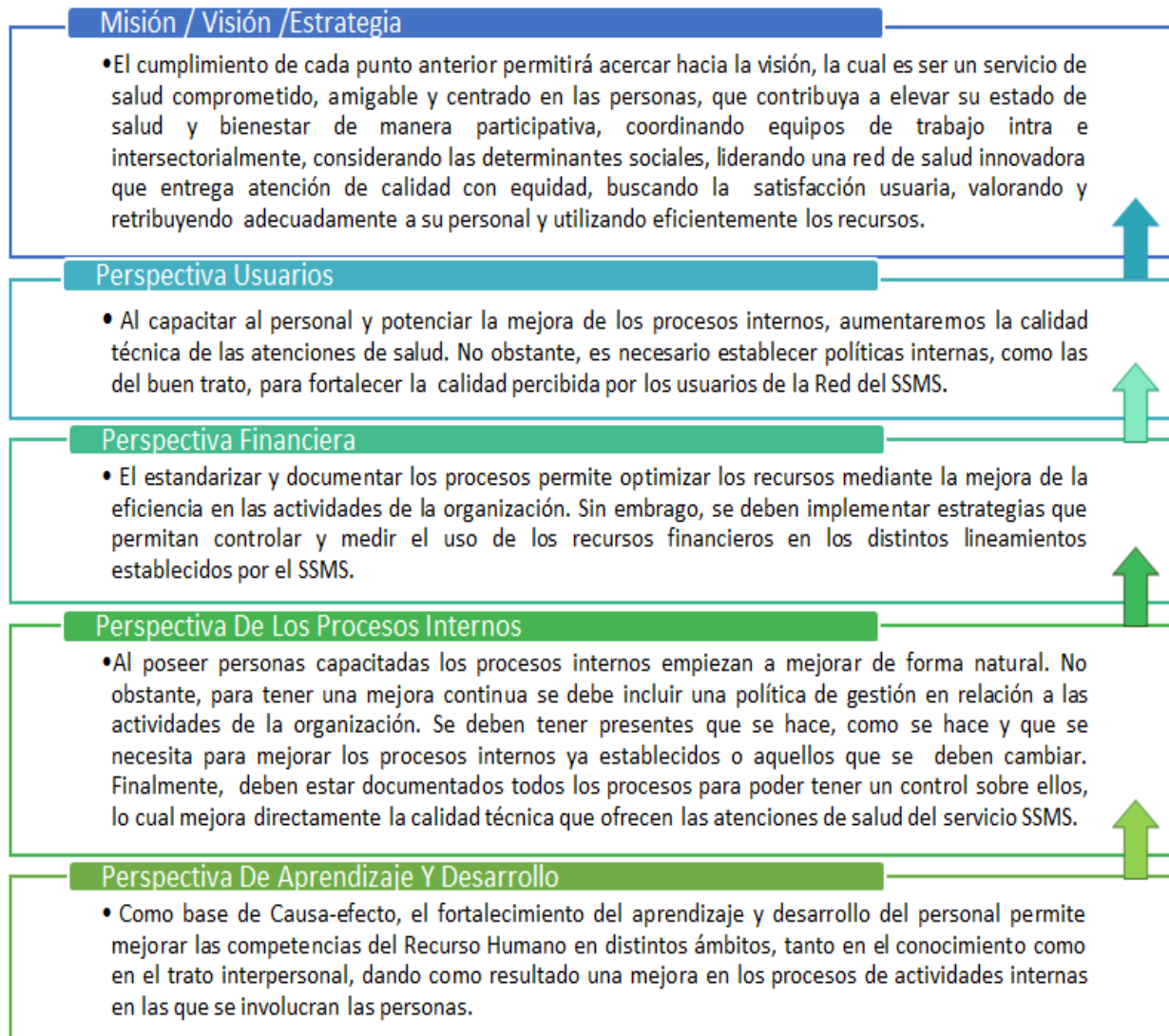


Figura 9: “Relación causa efecto del cuadro de mando integral desarrollado en la planificación estratégica del Servicio de Salud Metropolitano Sur”.

iii. Diccionario de objetivos y relación causa-efecto para cada perspectiva.

Para cada perspectiva se presenta un diccionario de objetivos, de tal forma de expresar los vínculos con los objetivos de la siguiente perspectiva.

1. Usuario

| Objetivo Estratégico de un determinado nivel (Causa) | Objetivo Estratégico de siguiente nivel (Efecto) | Definición o Explicación |
|---|---|--|
| Fortalecer el Modelo de Salud Familiar | Cumplir con la Pauta de Certificación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria | Avanzar en el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de la aplicación del "Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria" en cada CESFAM. |
| | Cumplir el Plan anual de APS | Considera el cumplimiento total de las acciones del Plan comunal de APS programadas para el período y por comuna |
| Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red | Evaluar el desempeño de los establecimientos de la red en la atención GES, a través del cumplimiento de garantías de oportunidad. | El cumplimiento de garantías explícitas en salud de oportunidad en el corte determinado, contribuye a detectar nodos críticos en la gestión de las patologías AUGE en los establecimientos de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur. |
| | Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red para consulta de especialidad | Reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad permite llegar y otorgar una atención oportuna a las personas que requieren |
| | Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red para intervenciones quirúrgicas. | Reducir el tiempo de espera por una intervención quirúrgica permite llegar y otorgar una atención oportuna a las personas que requieren |
| Optimizar las coordinaciones asegurando acceso, continuidad de atención y fluidez. | Medir el nivel de trazabilidad con que cuenta el Servicio de Salud respecto a la resolución de cuatro problemas de salud evitables priorizados | Generar una metodología de trabajo que permita identificar e intervenir los nodos críticos existentes en el tránsito del paciente en la Red asistencial, en cuatro problemas de salud evitables priorizados, contribuyendo a resolver la continuidad de atención en la Red y disminuir la prevalencia de estos problemas de salud |
| Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria de la Red del SSMS. | Elevar los niveles de comprensión y acción sustantiva de la participación social en salud, desde un enfoque de derecho para fortalecer el modelo de salud familiar y satisfacción comunitaria | La participación social entendida como un factor protector en salud y constructor de ciudadanía y democracia, constituye una condición necesaria para eliminar las inequidades sociales. En este cometido, la participación - acción comunitaria, a nivel de prevención, promoción y control social, se constituye en factor clave para fortalecer la calidad de los servicios de salud e incrementar la satisfacción usuaria. |
| | Lograr niveles adecuados de conformación, comprensión del rol y gestión de los comités de gestión usuaria, en lo referido a recepción, acogida, trato, información y comunicación a usuarios y usuarias | Para incrementar la satisfacción usuaria a nivel de la red de servicios del SSMS, es que resulta necesario generar y/o fortalecer las capacidades y rol que cumplen los Comités de Gestión en este propósito. |
| Fortalecer el modelo de salud familiar – relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y Escuelas | Entregar asesoría y herramientas metodológicas para profundizar el trabajo promocional preventivo articulado, dirigido a la comunidad en el marco del modelo de salud familiar. | Es necesario desarrollar acciones que permitan generar competencias en los encargados de participación y promoción de la salud, que permitan desarrollar alianzas estratégicas entre actores y programas del eje promocional preventivo con acción comunitaria, de manera de contribuir a fortalecer el desarrollo del modelo de salud familiar desde el accionar coordinado y con mayor efectividad para el trabajo comunitario y/o en el territorio. |
| Promover y potenciar la Política de Buen Trato | Incrementar climas relacionales nutritivos, fortaleciendo la imagen institucional, ofreciendo a los usuarios un mejor servicio, enfocado en la calidad y el buen trato | Para generar el inicio de un mejoramiento real en el trato, en la población funcionaria, deben estar implicados todos los establecimientos de del SSMS, por lo que los establecimientos pertenecientes a este Servicio de Salud, deben desarrollar cada lineamiento de la Política de Buen trato, lo que debe traducirse en un plan de trabajo en el cual se pondrá énfasis en las actividades tanto realizadas como las por realizar el año a evaluar |
| Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | Generar un Seguimiento de las inversiones comprometidas alcanzadas respecto a cronograma fijado desde la Presidencia de la República | El correcto cumplimiento de lo indicado en Cartera de Inversiones genera un beneficio directo a los usuarios beneficiarios ya que busca disminuir brechas de salud y aumentar la satisfacción usuaria en el lugar determinado. |
| Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS. | Determinar brechas de equidad y calidad, al no cumplirse protocolos estandarizados | Busca determinar brechas de equidad y calidad, al no cumplirse protocolos estandarizados. Se auditarán muestras de fichas clínicas de APS y Nivel Secundario revisando seguimiento de recomendaciones y estandarización de procesos en la atención de los usuarios. |
| Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos asegurando la calidad de las prestaciones | Implementar la gestión por competencias con una mirada de trabajo en red | El diseño e implementación de Plan de Trabajo para la incorporación del Enfoque de Competencias en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación que permita potenciar dichos ámbitos específicos de la gestión y desarrollo de recursos humanos con una mirada de red |

2. Financiera

| Objetivo Estratégico de un determinado nivel (Causa) | Objetivo Estratégico de siguiente nivel (Efecto) | Definición o Explicación |
|---|--|--|
| Cumplir con la programación asistencial anual | Monitorear tendencia de atención de consultas médicas y cumplir con la programación anual | Al poseer una programación se ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y se asignan responsabilidades para la entrega de los cuidados de salud, cumplimiento así con de las atenciones médicas de morbilidad en el nivel primario y las atenciones médicas ambulatorias en el nivel secundario, en relación con las consultas programadas para el año. |
| Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas de PPV | Cumplimiento del Programa de Prestaciones Valoradas PPV programable de acuerdo a presupuesto inicial o reprogramado dentro del año | De acuerdo a lo asignado como presupuesto y lo validado como programación por parte de FONASA, se debe contar con monitoreo a nivel local para comprobar su cumplimiento |
| Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS | Contribuir a generar las condiciones para la realización de actividades que potencien y promuevan la participación social en salud y el control social de la comunidad | Al priorizar las actividades, se priorizaran también los recursos requeridos para cumplir con la realización dichas actividades, tener un mayor control de su uso. |
| Fortalecer los procesos de presupuesto de participación | La sociedad civil incida en la toma de decisiones y pueda ejercer el control social | Se pretende profundizar la participación social en salud con enfoque de derechos y como ejercicio ciudadano de definición, priorización y seguimiento a iniciativas en el ámbito de la promoción y participación; entendida como protector de salud. De esta manera se espera que las personas sean incluidas y consideradas en procesos crecientes de toma de decisiones y corresponsabilidad en el desarrollo de barrios y territorios más saludables. |
| Definir un presupuesto que facilite la política de trato del servicio de salud | Ejecutar el presupuesto asignado a las actividades de capacitación que se incorporen en el Programa Anual de Capacitación. Una capacitación programada en el plan sólo se cumple una vez ejecutada. | Poseer un presupuesto específicamente asignado a las actividades de capacitación que se incorporen en el Programa Anual de Capacitación, que tengan como objetivo favorecer el Buen Trato al usuario tanto interno como externo y que fueron ejecutadas según lo programado permitirá realizar las capacitaciones a los funcionarios del SSMS. |
| Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | Mejorar las condiciones de trabajo de las distintas unidades de la organización, priorizando las de atención directa de público, midiendo el cómo los establecimientos pertenecientes a este Servicio de Salud, aplican lo establecido en el Decreto Supremo Nº 594, y su reglamento sobre condiciones sanitarias ambientales básicas en los lugares de trabajo. | Para generar el mejoramiento real de los puestos de trabajo, en la población funcionaria, se deben mejorar las condiciones de trabajo de las distintas unidades de la organización, priorizando las de atención directa de público |
| Fortalecer el control presupuestario | Monitorear uno de principales objetivos financiero – presupuestarios de cada establecimiento, cual es mantener gastos iguales a los ingresos | Al medir la relación que debe existir entre los gastos devengados y los ingresos devengados del periodo, en el establecimiento auto gestionado se monitoreará uno de principales objetivos financiero – presupuestarios de cada establecimiento, cual es mantener gastos iguales a los ingresos. Sumado a lo anterior, se debe cumplir con las normas de contabilidad generalmente aceptadas |
| Ejecutar el Plan anual de Inversiones no Presidenciales | Mantener un monitoreo periódico a los diferentes proyectos de Inversión, para su oportuna ejecución presupuestaria y ejecutar el 100% los recursos financieros decretados anualmente. | Al medir el avance de los proyectos de inversión, permite reaccionar oportunamente ante retrasos en la ejecución y ayuda a mantener un monitoreo periódico a los diferentes proyectos de Inversión, para su oportuna ejecución presupuestaria. |
| Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | Estandarizar y optimizar las compras por licitaciones de bajo monto y tratos directos. | Al elaborar un plan o programación de compras y realizar agregación de estas, se mejora la gestión, ya que se obtienen generalmente condiciones más ventajosas en términos de oportunidad, calidad, precio y garantía. |
| Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones | Establecer procedimientos que permitan pagar oportunamente y correctamente a los Funcionarios (as) que ingresan al SSMS | Permitirá que los establecimientos del Servicio de Salud desarrollan una política de mantención de las personas que trabajan en sus establecimientos, a través de establecer un plan de trabajo, que permita el pago oportuno a los Funcionarios (as) que ingresan al SSMS |
| Mejoría de las condiciones de trabajo | Mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios de la organización | Para generar el mejoramiento real de los puestos de trabajo, en la población funcionaria, se deben mejorar las condiciones de trabajo de las distintas unidades de la organización. |

3. Procesos Internos

| Objetivo Estratégico de un determinado nivel (Causa) | Objetivo Estratégico de siguiente nivel (Efecto) | Definición o Explicación |
|---|---|--|
| Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto | Mejorar la integración de la red asistencial, evitar nodos críticos, disminuyendo lista de espera, mejorar la coordinación de la red y la pertinencia hacia el nivel hospitalario. Además de coordinar la contradirivación desde los niveles hospitalarios a los primarios. Los pacientes deben ser atendidos según el nivel de complejidad que les corresponde | Mantener actualizado los protocolos de referencia y contrareferencia, permite mejorar la integración de la red asistencial, evitar nodos críticos, disminuyendo lista de espera, mejorar la coordinación de la red y la pertinencia hacia el nivel hospitalario. Además de coordinar la contradirivación desde los niveles hospitalarios a los primarios. Los pacientes deben ser atendidos según el nivel de complejidad que les corresponde |
| Cumplir las metas de cobertura IAAPS | Generar el cumplimiento de acciones de cobertura y Prevenciones en Salud, con un enfoque multidisciplinario y de Salud Familiar | Busca determinar brechas de equidad y calidad, aplicando rebajas o incentivos dependiendo de los mecanismos de evaluación y generar el cumplimiento de acciones de cobertura y Prevenciones en Salud, con un enfoque multidisciplinario y de Salud Familiar. Está dirigido a la Atención Primaria |
| Actualizar la cartera de servicios del SSMS | Determinar los servicios prestados por cada hospital de la red dimensionar la complejidad de los hospitales, así como medir y formular el mapa de procesos, para gestionar, priorizar, y mejorar los procesos hospitalarios que repercuten en una mejora en la calidad técnica de las prestaciones de salud | La actualización de la cartera de servicio, mantendrá la información del mapa de procesos actualizado, producto clave en la gestión de calidad asistencial. |
| Fortalecimiento de la Estrategia del Sistema de Información De la Red Asistencial (SIDRA) | Informar el nivel de avance en la implementación de SIDRA en la red de establecimientos del SSMS, mediante la medición de servicios clínicos, unidades o departamentos que se implementó SIDRA en relación a los que se tiene declarado implementar en el periodo de evaluación. | Contar con información de los servicios clínicos, departamentos o unidades en las cuales se ha implementado los sistemas de información dentro de la estrategia SIDRA por establecimiento y cuales se encuentran siendo usados permitirá una implementación y mantención de un nivel mínimo de usabilidad se basará en un plan de trabajo anual establecimiento con cada establecimiento de salud. |
| Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | Generar espacios que convoquen a los principales generadores de políticas y planes de acción local, que contribuyan a la reflexión, intercambio de experiencias y adquisición de herramientas en planificación integrada bajo el enfoque de determinantes sociales y potenciar su aplicación en los Planes Locales de Salud. | El horizonte es modificar los determinantes sociales de la salud e inequidades, es necesario y urgente identificar los mecanismos intersectoriales que otorguen coherencia e integralidad a las políticas a favor del desarrollo de las comunidades en ambientes saludables. En este propósito es que los Planes Locales de Salud, constituyen una oportunidad para integrar el accionar de los gobiernos locales, por lo cual se orienta medir las acciones orientadas a promover esta acción de planificación integrada. |
| Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | Acoger oportunamente las denuncias de acoso sexual y laboral, entendiendo que debe acogerse antes de 15 días, en cumplimiento del IP. | Si se cuenta con un reglamento y flujo para acoso laboral y sexual, el SSMS podrá Acoger toda denuncia de acoso sexual y laboral oportunamente. Además, se busca Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas del instructivo presidencial referido al acoso sexual y laboral. |
| Estandarizar los Procesos de Inventario y control de stock | Fiscalizar el correcto uso de los recursos de las bodegas | Si existe Plan Anual de Inventario y Control de Stock, que cumpla con las normas contables, debidamente formalizado y estandarizado en la Red, se evitara la escasez y se dará cumplimiento a las necesidades de los Departamentos de la Dirección y a todos los Establecimientos de la Red. |
| Gestión por procesos priorizados | Contar con un plan de trabajo que permita coordinar y gestionar las actividades con los equipos de trabajo de cada Departamento para la ejecución del plan | El estandarizar y documentar los procesos permite optimizar los recursos mediante la mejora de la eficiencia en las actividades de la organización. |
| Mantener información y retroalimentación financieras | Entregar informes oportunamente a nivel central sobre ejecución Financiera e Informar mensualmente la ejecución financiera a FONASA | Al enviar periódicamente la ejecución presupuestaria a los diferentes referentes programáticos del Servicio se mantendrá informada a la Red de la ejecución financiera de cada programa, para poder generar mejoras, si se observan retrasos en la ejecución. |
| Desarrollo de la carrera funcionaria | Ejecutar procesos de Carrera Funcionaria de los Profesionales Funcionarios Ley 19.664 | Permitirá medir el diseño e implementación de Plan de Trabajo con construcción de bases bianuales, coordinación del procesos con establecimientos, capacitación de profesionales funcionarios obligados a acreditar o que lo realizan por excelencia, solicitud de cupos al MINSAL, Resolución y envío a Toma de Razón a Contraloría General de la República, para posterior pago de aumento Asignación Experiencia Calificada, de acuerdo a lo establecido en Decreto N° 128 de 2004. |
| Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS | Medir la confiabilidad de la información disponible en SIRH relacionada a las personas que trabajan en el SSMS | Al medir la confiabilidad de la información disponible en SIRH se Aumenta la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS. |
| Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores | Medir la oportunidad en la entrega de beneficios relacionadas con el cambio de Etapa y Nivel (Acreditación) de los profesionales funcionarios regidos por la Ley 19.664. | Vela por la entrega oportuna de beneficios a los profesionales funcionarios aprobados por resolución que poseen relacionadas con el cambio de Etapa y Nivel (Acreditación) de los profesionales funcionarios regidos por la Ley 19.664. |

4. Aprendizaje y Desarrollo

| Objetivo Estratégico de un determinado nivel (Causa) | Objetivo Estratégico de siguiente nivel (Efecto) | Definición o Explicación |
|--|---|---|
| Fortalecer Consejos Técnicos de Salud | Fortalecer el funcionamiento de los Consejos Técnicos de Salud que están en funcionamiento y coordinando la red de establecimientos del SSMS junto con un seguimiento y mejora continua del trabajo de la red en el ámbito de la Ley AUGE | Se formalizaran los consejos técnicos en funcionamiento, nombrando los encargados, los integrantes y responsabilidades. Se establece plan de trabajo anual, que permita el seguimiento y mejora continua del trabajo de la red en el ámbito en que se desarrollará. |
| Aumentar la Resolutividad de la APS a través de Capacitación Gestionada y consultorías | Formular un curso para médicos de APS, que esté disponible online, para capacitar a los médicos que se incorporen al SSMS en patología prevalente y manejo de la Red | Proporcionar capacitaciones que permiten al médico de APS obtener herramientas para satisfacer la demanda de la población en su propio establecimiento. |
| Fortalecer los proceso de implementación de Telemedicina | Elaborar y actualizar de un plan anual de telemedicina; donde se levantan las necesidades de la red, se prioriza una especialidad con alta lista de espera o nodos críticos a resolver y busca abordar soluciones mediante el uso de la innovación tecnológica. | Identificar nodos críticos que mediante el potencial de la telemedicina pueden ser resueltos. Poseer un plan de telemedicina actualizado dispondrá un lineamiento base del seguimiento de las iniciativas de telemedicina de la red asistencial. |
| | Levantar los procesos de las iniciativas de Telemedicina en curso para mejorar la gestión de estas, identificando nodos críticos y reformulando estos procesos. | Al contar con un Plan anual de Telemedicina del servicio SSMS, se podrá medir el cumplimiento de las estrategias de medicina levantadas y programadas a implementarse en la red. |
| Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | Entregar elementos y oportunidades de análisis, reflexión conjunta para el buen ejercicio de liderazgos. | Al Contar con instancias de formación como talleres para promover liderazgos democráticos entre los dirigentes/as; en post del fortalecimiento de la participación social en Salud. |
| Generar, Mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | Favorecer el desarrollo de habilidades para el buen trato en la atención tanto al usuario interno como externo. Una capacitación sólo se cumple una vez ejecutada. | Incorporar actividades de capacitación en el programa anual de capacitación, que tengan como objetivo favorecer el buen trato al usuario tanto interno como externo y que fueron ejecutadas según lo programado. |
| Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS | Medir cumplimiento las rendiciones de cuentas, Informes de Transferencia Comprobantes de Ingresos y Pagos Previsionales que entrega cada establecimiento y/o servicio, enmarcado en un formato tipo de rendición de fondos, procurando consigo que no se generen retrasos ni incumplimientos en la normativa, así como también faltas a la probidad | Busca cumplir con la normativa vigente en relación a gestión y transferencia de recursos financieros a la Red de APS. Esto servirá para que los establecimientos se enmarquen en la normativa y así realicen las rendiciones de cuentas de manera correcta y proba. Por consiguiente, el realizar reuniones y monitoreos constantes con los establecimientos, se generará un apoyo, lo cual se traducirá en una entrega más eficaz y prolija del trabajo. |
| Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua | Medir el grado de cumplimiento del programa de actividades de auditoría planificado para un período determinado. Dichas auditorías integran las realizadas en las áreas Administrativa, Financiera, Contable y Clínica | La planificación de auditoría está basada en la necesidad de revisar procesos críticos en la institución, por lo que es necesario cumplir con este plan de acuerdo al cronograma y aporta al fortalecimiento de los procesos priorizados en el plan anual de Auditoría |
| | Medir el grado de cumplimiento de respuesta, a de las observaciones contenidas en los informes de auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, a los departamentos de la dirección del SSMS y hospitales de mediana complejidad | La coordinación y revisión oportuna de procesos críticos contenidos en las observaciones de los informes de CGR y sus posibles mejoras son necesario para cumplir con una respuesta adecuada y oportuna. |
| | Medir el grado de resolución de las observaciones realizadas por la Contraloría General de la República en sus auditorías | Las observaciones contenidas en informes de CGR, tienen sentido si los aspectos detectados como deficitarios son revisados y mejorados por los equipos que fueron sujetos de estas auditorías. Las mejoras suponen, formalización de medidas implementadas para solucionar situaciones de riesgo detectado por los diferentes jefes de departamentos y directores de establecimientos. El desarrollo, implementación identificación de los responsables de la implementación, fecha comprometida y el monitoreo se constituye en la herramienta más efectiva para lograr el objetivo. |
| Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS de los participante de los consejos técnicos de salud | Favorecer el desarrollo de competencias en directivos y/o integrantes de consejos técnicos en el desarrollo de las RISS. Una capacitación sólo se cumple una vez ejecutada. | Permitirá medir y controlar la realización e incorporación de actividades de capacitación en el programa anual de capacitación, cuyo tema sea el Modelo RISS. |
| Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas | Medir la producción de espacios de desarrollo en los equipos de salud, a través de la generación de proyectos de innovación, apoyados por alguna institución. | Reflejará como el Servicio de Salud produce espacios de desarrollo en los equipos de salud, a través de la generación de proyectos de innovación, apoyados por alguna Universidad. |

iv. Selección de indicadores

Tras la determinación de los diferentes lineamientos y objetivos estratégicos, se establecen y recopilan diversos indicadores, los cuales a través de ellos podremos cumplir con los OE del CMI. Al encontrarnos con un universo amplio de indicadores a utilizar es que se procedió a priorizar aquellos que captan la esencia de cada estrategia, tales como; relevante, contrabalanceados, cuantitativos, de fácil comprensión y que sean accesibles, entre otros.

La tabla siguiente muestra la matriz, para elegir el grupo de indicadores del mapa estratégico. En la matriz se asigna un puntaje de acuerdo a cada criterio.

1. Matriz de selección de indicadores

| Matriz de indicadores y criterios de selección (escala de puntuación de criterio = 1 a 5) | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|------------|------------------|---------------|------------------------------|
| Criterios / Indicadores | Vinculación con la estrategia | Capacidad de cuantificación | Accesibilidad | Facilidad de Comprensión | Contrabalanceados | Relevancia | Definición Común | Puntaje Total | Comentarios |
| Perspectiva Usuario | | | | | | | | | |
| Avance en el Desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 33 | |
| Cumplimiento Plan anual de APS | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 33 | |
| Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Número de personas en espera NO GES en Consulta de especialidad | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 27 | no se priorizan para el mapa |
| Número de personas en espera NO GES en intervención quirúrgica. | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 27 | no se priorizan para el mapa |
| Promedio de espera NO GES en Consulta de especialidad | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Promedio de espera NO GES en intervención quirúrgica. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Trazabilidad en la Red asistencial de los problemas de salud evitables priorizados | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Educación en el intersector a través de talleres – trípticos | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 2 | 21 | no se priorizan para el mapa |
| Formación de monitores saludables en la comunidad | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 2 | 21 | no se priorizan para el mapa |
| Mecanismos de participación y control social | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Actividades orientadas a generar y/o fortalecer mecanismos que contribuyan a la satisfacción usuaria. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Actividades dirigidas a visualizar y fortalecer el enfoque de participación y promoción social como eje transversal del modelo de salud familiar | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Plan de trabajo Política del Buen Trato | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Política del Buen trato construida participativamente | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 29 | no se priorizan para el mapa |
| Porcentaje de Cumplimiento de las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Supervisar y auditar Fichas de pacientes GES y no GES de APS y Nivel Secundario. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Cumplimiento de Plan de trabajo diseñado para la incorporación del enfoque de competencias con mirada de red | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |

| Perspectiva financiera | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------|
| Análisis de las transferencias financieras en función del uso eficiente de la red asistencial | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 2 | 21 | no se priorizan para el mapa |
| Cumplimiento de la programación asistencial anual | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Monitoreo de registro y ejecución de Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Nº de actividades priorizadas que cuentan con financiamiento para promover y fortalecer la participación social en salud. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Promover procesos para la instalación de presupuestos participativos | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de ejecución de presupuesto asignado para capacitación en Buen trato | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Evaluación puestos de trabajo Unidades de atención directa de público de admisión hospitalaria | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas APS. | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 28 | no se priorizan para el mapa |
| Regla de equilibrio financiero | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Ejecución financiera del plan anual de Inversiones | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Pago oportuno a Funcionarios(as). | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de puestos de trabajo Evaluados e intervenidos del SSMS | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Perspectiva procesos internos | | | | | | | | | |
| Cumplimiento del Plan anual de actualización de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Índice de Actividad de Atención Primaria | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Cumplimiento actualización de cartera de servicio del SSMS. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de Implementación SIDRA | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Actividades que promuevan reflexión y compromiso en torno a la formulación de Planes de Salud con enfoque de determinantes sociales. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Gestión oportuna, para acoso laboral y sexual SSMS | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Plan de mantenimiento preventivo de equipamiento e infraestructura | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 27 | no se priorizan para el mapa |
| Monitoreo de Inventarios | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo de Gestión por Procesos | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Envío de información Financiera al Nivel Central | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Levantamientos de Métodos de determinación de costos | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 29 | no se priorizan para el mapa |
| Cumplimiento de Plan de trabajo que considera la puesta al día de los ascensos de las plantas Administrativos, Auxiliares y Técnicos | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 28 | no se priorizan para el mapa |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------|
| Cumplimiento de Plan de trabajo de Acreditación Profesionales Funcionarios Ley 19.664 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 30 | |
| Confiabilidad de la información de SIRH | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Entrega oportuna de beneficios. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento | | | | | | | | | |
| Cumplimiento Plan de trabajo consejo GES | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Plan de formulación de curso online de inducción para médicos de APS, en el ámbito de patologías prevalentes. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Plan de diseño de estrategia de telemedicina para especialidades de LECNE | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 30 | |
| Plan de diseño de estrategia de Telemedicina para especialidades de LECNE. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Levantamiento y rediseño de procesos de Telemedicina | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Actividades orientadas a promover encuentros que fortalezcan competencias, habilidades y prácticas en el ejercicio de liderazgos con impacto sanitario. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de capacitaciones en trato al usuario (interno-externo) ejecutadas según lo programado en PAC anual. | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Encuesta de satisfacción usuaria, ley 26.646 Mejoramiento de trato a los usuarios | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 29 | no se priorizan para el mapa |
| Plan anual de compras en unidades estratégicas | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 24 | no se priorizan para el mapa |
| Cumplimiento de Actividades Programadas en APS | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 30 | |
| Respuestas a Informes de Contraloría General de la Republica. | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 30 | |
| Resolución de observaciones de informes de Contraloría | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 30 | |
| Porcentaje de capacitaciones en el Modelo RISS ejecutadas según lo programado en PAC anual | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Generar cartera de proyectos de innovación del SSMS a través de un plan anual | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | |
| Desarrollar una Política de Investigación | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 35 | no se priorizan para el mapa |

2. Fichas técnicas de indicadores.

a. Fichas Coordinación de la red.

➤ Perspectiva Usuario.

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Usuarios | Nombre indicador: Avance en el Desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria | Responsable: Departamento Técnico en Salud Nº Indicador: E.4.1.1 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecer el Modelo de Salud Familiar en la Red APS SSMS | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el avance en el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de la aplicación del "Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria" en cada CESFAM. Esto requiere primero una Autoevaluación por parte de estos centros, donde se aplican el Instrumento, con sus 9 ejes y 75 indicadores, seguido por la Evaluación por parte del DTS, donde se aplica nuevamente el Instrumento completo.</p> <p>Un segundo proceso es la elaboración desde los CESFAM de Planes de Mejora para cerrar brechas detectadas tras la evaluación ya mencionada, con actividades para los siguientes dos años. Estos planes son revisados y consensuados con el DTS y luego su avance medido de forma periódica. Toda la información es subida a la plataforma web MAIS del MINSAL, tanto el reporte del instrumento como los Planes de Mejora.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Mayor porcentaje es mejor |
| <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{nº de centros que cumplen con criterios de evaluación en el periodo}}{\text{nº de centros Evaluados para el periodo}} \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Plataforma Web MINSAL MAIS http://www.maisfamilycomunitario.cl | | |
| Línea de base: 2015 | Meta: 90% del cumplimiento del umbral establecido para Pauta MAIS y planes de mejora. | |
| <ul style="list-style-type: none"> Promedio Autoevaluación Instrumento MAIS SSMS 43,7% Promedio Evaluación Instrumento MAIS SSMS 45,9% | | |
| Razonamiento meta: Siendo el 2015 la línea base y siguiendo la instrucción ministerial, se estableció un cumplimiento de un 30% como el mínimo en el Instrumento o Pauta MAIS. Además, se estableció la generación de Planes de Mejora para el cierre de las brechas detectadas tras la aplicación del instrumento, con una evaluación periódica de su avance. | | |
| Iniciativas: | 1. Establecimiento de Grupos de miniredes desde el DTS, para apoyo y | |
| | 2. Aplicación del Instrumento completo | |
| | 3. Generación de planes de mejora por cada centro | |
| | 4. Evaluación periódica del avance de los planes de mejora | |
| | 5. Generación de formatos para todos los documentos y reportes solicitados | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq X < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Cumplimiento Plan anual de APS | Responsable: Departamento Técnico en Salud |
| | | Nº Indicador: E.4.1.2 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecer el Modelo de Salud Familiar en la Red APS SSMS | |
| Descripción: El indicador mide el total de acciones consideradas en el Plan anual de APS programadas para el período. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Actividades del Plan | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de actividades del Plan de Gestión de la Atención Primaria ejecutadas en el período} / N^{\circ} \text{ de actividades del Plan de Gestión de la Atención Primaria definidas para el período}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Plan de gestión de acuerdo a prioridades MINSAL | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 100% del Plan en cada año | |
| Razonamiento meta: El Plan de APS considera el desarrollo el Modelo de atención integral, con enfoque territorial y el abordaje de los principales problemas del modelo (participación, promoción, prevención, capacidad resolutoria, barreras de acceso). Se trata de cerrar brechas en estas áreas por esto se considera una meta de 80% al menos | | |
| Iniciativas: | 1. Apoyo al Modelo de salud integral en sectores con población vulnerada | |
| | 2. Apoyo a la coordinación de la red asistencial con enfoque territorial (miniredes, Barros Luco Norte, Barros Luco Sur, Sur poniente, Sur oriente y Sur | |
| | 3. Apoyo a la formación continua de médicos en APS | |
| | 4.- Acompañamiento y apoyo a la gestión en el contexto del modelo de salud integral a equipos de centros de salud familiar | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0$ |

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad | Responsable: Departamento de Gestión e Información Nº Indicador: E.4.2.1 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red | |
| Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de garantías explícitas en salud de oportunidad en el corte determinado, lo cual contribuye a detectar nodos críticos en la gestión de las patologías AUGÉ en los establecimientos de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $[\text{Garantías (Cumplidas + Exceptuadas + Incumplidas con evento)} / \text{Garantías (Cumplidas + Exceptuadas + Incumplidas con evento + cerradas fuera de plazo + Retrasadas)}] \times 100$ | | |
| Fuente de datos: SIGGES-DATAMART | | |
| Línea de base: Fecha Límite del año en curso | Meta: 100% de Cumplimiento | |
| Razonamiento meta: Este indicador busca evaluar el desempeño de los establecimientos de la red en la atención GES, a través del cumplimiento de garantías de oportunidad según La Ley Nº 19.966, la cual exige entregar las prestaciones GES dentro del plazo legal establecido por el decreto vigente. | | |
| Iniciativas: | 1. Contribuir a la toma de decisiones respecto a la gestión de patologías GES. | |
| | 2. Detectar dificultades en la gestión de patologías GES en los establecimientos de la red. | |
| | 3. Alertar a los Monitores y Encargados GES del reflejo de sus gestiones respecto a patologías GES y su registro en SIGGES. | |
| | 4. Mejorar el registro de la información referente al GES. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 97,0\%$ |
| 1 | $97,0\% \leq X < 98,0\%$ |
| 2 | $98,0\% \leq X < 99,0\%$ |
| 3 | $99,0\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Promedio de espera NO GES Consulta de especialidad | Responsable: Encargado de Lista de Espera Nº Indicador: E.4.2.2 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red | |
| Descripción: El indicador mide el promedio de días de espera para lista de consulta nueva de especialidad de la Red del servicio de salud metropolitano sur. | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: días | Polaridad: los valores bajos son buenos |
| Fórmula: $[(\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías de Consultas de especialidad} - \text{Promedio de días de espera en el total de las patologías de Consultas de especialidad}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías de Consultas de especialidad}] \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) | | |
| Línea de base: otorgada por el ministerio con corte al 31 de diciembre del año anterior. | Meta: disminuir un 6% anual y 2% trimestral la línea base de promedio de días de espera para consulta de especialidad. | |
| Razonamiento meta: Reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad permite llegar y otorgar una atención oportuna a las personas que requieren | | |
| Iniciativas: | 1. Egresar todas las personas que fueron ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2013, para así reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad. | |
| | 2. Conocer las especialidades con mayor tiempo de espera | |
| | 3. Conocer las especialidades con mayor número de personas en espera. | |

| Puntuación | % de cumplimiento anual |
|------------|-------------------------|
| 0 | $X < 0,0\%$ |
| 1 | $0,0\% \leq X < 2,0\%$ |
| 2 | $2,0\% \leq X < 4,0\%$ |
| 3 | $4,0\% \leq X < 6,0\%$ |
| 4 | $X \geq 6,0\%$ |

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Promedio de espera NO GES intervención quirúrgica | Responsable: Encargado de Lista de Espera |
| | | Nº Indicador: E.4.2.3 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red para intervenciones quirúrgicas. | |
| Descripción: El indicador mide el promedio de días de espera para lista de intervención quirúrgica de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Sur | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: días | Polaridad: Los valores bajos son buenos |
| Fórmula: $[(\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas} - \text{Promedio de días de espera en el total de las patologías quirúrgicas en el período}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas}] \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) | | |
| Línea de base: otorgada por el ministerio con corte al 31 de diciembre del año anterior al evaluar. | Meta: disminuir un 6% anual y 2 % trimestral la línea base de promedio de días de espera para intervención quirúrgica. | |
| Razonamiento meta: Reducir el tiempo de espera por una intervención quirúrgica permite llegar y otorgar una atención oportuna a las personas que requieren | | |
| Iniciativas: | 1. Egresar todas las personas que fueron ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2012, para así reducir el tiempo de espera por una intervención quirúrgica | |
| | 2. Conocer las especialidades con mayor tiempo de espera | |
| | 3. Conocer las especialidades con mayor número de personas en espera | |

| Puntuación | % de cumplimiento anual |
|------------|-------------------------|
| 0 | $X < 0,0\%$ |
| 1 | $0,0\% \leq X < 2,0\%$ |
| 2 | $2,0\% \leq X < 4,0\%$ |
| 3 | $4,0\% \leq X < 6,0\%$ |
| 4 | $X \geq 6,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Usuarios | Nombre indicador: Trazabilidad en la Red asistencial de los problemas de salud evitables priorizados | Responsable: Departamento Técnico de Salud Nº Indicador: E.4.3 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Optimizar las coordinaciones asegurando acceso, continuidad de atención y fluidez. | |
| <p>Descripción: El indicador mide el nivel de trazabilidad con que cuenta el Servicio de Salud respecto a la resolución de cuatro problemas de salud evitables priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Egreso por Amputación Pie Diabético - Egreso hospitalización Infarto hombre menor de 50 años - Egreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca Congestiva - Egreso Hospitalaria por Accidente Cerebrovascular <p>Para ello se generó una metodología de trabajo que permita identificar e intervenir los nodos críticos existentes en el tránsito del paciente en la Red asistencial, en cuatro problemas de salud evitables priorizados, contribuyendo a resolver la continuidad de atención en la Red y disminuir la prevalencia de estos problemas de salud.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $(\text{Total de egresos con seguimiento en APS, antes de 15 días de pacientes con epicrisis enviada a la APS, con patologías trazadoras en el periodo} / \text{Total de egresos en patologías trazadoras con epicrisis enviada a la APS para el periodo}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Listado de pacientes con patologías trazadoras egresados con epicrisis (Elaborado en DTS, con información provista por Hospitales El Pino, HBLT, y San Luis de Buin Paine. | | |
| Línea de base: Pacientes egresados por patología trazadora de los Hospitales BLT, El Pino y San Luis de Buin, con epicrisis recibida en DTS en primer semestre 2016 con seguimiento antes 15 días en APS | Meta: 70% de los pacientes con patologías egresados y con epicrisis enviada a la APS, tienen seguimiento en APS, antes de 15 días. | |
| Razonamiento meta: El Modelo de salud familiar considera la continuidad de los cuidados, y los pacientes deben ser seguidos a lo largo de su proceso de enfermedad, independiente de la complejidad. Los pacientes que hubiesen sido hospitalizados por condiciones evitables, deben ser analizados y ser objeto de planes de mejora en la calidad de la atención. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de pacientes con problemas de salud evitables 2. Mejor gestión de recursos de estas prestaciones 3. Seguimiento de los pacientes, continuidad del cuidado | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 40,0\%$ |
| 1 | $40,0\% \leq X < 50,0\%$ |
| 2 | $50,0\% \leq X < 60,0\%$ |
| 3 | $60,0\% \leq X < 70,0\%$ |
| 4 | $X \geq 70,0\%$ |

➤ **Perspectiva Financiera.**

| | | |
|--|--|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Cumplimiento de programación asistencial anual | Responsable: Departamento Técnico en Salud |
| | | Nº Indicador: E.3.1 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Cumplir con la programación de atención Anual | |
| Descripción: En la programación se ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y se asignan responsabilidades para la entrega de los cuidados de salud. El presente indicador busca el cumplimiento de las atenciones médicas de morbilidad en el nivel primario y las atenciones médicas ambulatorias en el nivel secundario, en relación con las consultas programadas para el año. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: mayor porcentaje es mejor |
| Fórmula: [(Nº de consultas de Morbilidad Atención Primaria en el periodo/ Nº de consultas de Morbilidad Atención Primaria programadas para el periodo) x 50] + [(Nº de consultas de Especialidades en nivel secundario en el periodo/ Nº de consultas de Especialidades en nivel secundario programadas para el periodo) x 50] | | |
| Fuente de datos: REM A04 Sección A celdas B10, consulta de Morbilidad de Atención Primaria. REM 07 Consulta de Especialidades nivel Secundario | | |
| Línea de base: | Meta anual: por lo menos 95% de lo programado para el año. Meta mensual: Cumplimiento esperado al periodo según mes. | |
| Razonamiento meta: Se espera que, habiendo un adecuado proceso de programación y planificación para el año, el cumplimiento a lo largo este siga una tendencia relativamente lineal de incremento, con un cumplimiento del 50% de lo programado en el primer semestre y un 75% al noveno mes. Se reconoce que el 100% del cumplimiento es poco probable y se genera un margen de un 5% al cumplimiento anual | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Divulgación de norma ministerial. 2. Generación de comisiones dentro del SSMS para estandarización de programación a nivel primario y secundario y reuniones con ambos niveles 3. Generación de Comisión de trabajo para el análisis de la tendencia de morbilidad en APS con participación de toda la red. 4. Divulgación de resultados mediante informes y reuniones con la Red, tanto en CIRA ampliados, reuniones de MicroRed, reuniones con Directores comunales y de Centro en la APS. 5. Actividades de Supervisión según resultados obtenidos en evaluación, tanto a nivel de APS, como secundario y hospitales | |

| Puntuación | % de cumplimiento de la programación SSMS |
|------------|---|
| 0 | $x < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq x < 85,0\%$ |
| 2 | $85,0\% \leq x < 90,0\%$ |
| 3 | $90,0\% \leq x < 95,0\%$ |
| 4 | $x \geq 95\%$ |

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Monitoreo de registro y ejecución de Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) | Responsable: Encargado Monitoreo PPV Departamento Gestión de la Información |
| | | Nº Indicador: E.3.2 |
| Estrategia: Coordinación de la Red | Objetivo: Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas PPV | |
| <p>Descripción: El indicador mide el cumplimiento del presupuesto definido como "P x Q" dentro de Programa de Prestaciones Valoradas PPV programable de acuerdo a presupuesto inicial o reprogramado dentro del año.</p> <p>El monitoreo corresponde a la revisión de proceso de facturación realizado por FONASA a través de la plataforma web SIGGES la cual está disponible el día 12 del mes siguiente al mes a facturar. La información extraída es comparada con programación inicial o reprogramación para calcular el indicador.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de prestaciones efectivamente realizadas en el periodo / Número de prestaciones comprometidas para el período) * 100% | | |
| Fuente de datos: SIGGES - Reporte Prestaciones Facturadas Válidas por Proceso de Facturación | | |
| Línea de base: Programación / Reprogramación | Meta: Sobre el 95% de indicador mensual para llegar a un cumplimiento del 100% anual | |
| Razonamiento meta: De acuerdo a lo asignado como presupuesto y lo validado como programación por parte de FONASA, se debe contar con monitoreo a nivel local para comprobar su cumplimiento. | | |
| Iniciativas: | 4. Programación y Reprogramación | |
| | 5. Validación en fuentes nacionales | |
| | 6. Informe de facturación mensual | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 85,0\%$ |
| 2 | $85,0\% \leq X < 90,0\%$ |
| 3 | $90,0\% \leq X < 95,0\%$ |
| 4 | $X \geq 95,0\%$ |

➤ **Perspectiva Procesos Internos.**

| | | |
|--|--|--|
| Perspectiva: Procesos Internos. | Nombre indicador: Cumplimiento del Plan anual de actualización de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia. | Responsable: Departamento de Gestión de Redes |
| | | Nº Indicador: E.2.1 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto | |
| <p>Descripción: Este indicador permite cumplimiento de la actualización de los protocolos de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur.</p> <p>Se entenderá como Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, aquel documento que dispone los lineamientos bases que establecen las normativas de derivación entre la red de establecimiento primaria, secundaria y terciaria, así como la contraderivación de la red de salud.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $(\text{N}^{\circ} \text{ de actividades realizadas en el periodo} / \text{N}^{\circ} \text{ de actividades programadas para el periodo}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Encargado actualización protocolo de referencia y contrarreferencia. | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 100% del cumplimiento del Plan anual de actualización de protocolos de referencia y contrarreferencia en Neurología, Gastroenterología y Cardiología | |
| <p>Razonamiento meta: Mantener actualizado los protocolos de referencia y contrarreferencia, permite mejorar la integración de la red asistencial, evitar nodos críticos, disminuyendo lista de espera, mejorar la coordinación de la red y la pertinencia hacia el nivel hospitalario. Además de coordinar la contraderivación desde los niveles hospitalarios a los primarios. Los pacientes deben ser atendidos según el nivel de complejidad que les corresponde</p> | | |
| Iniciativas: | 1. Diseño y Rediseño de la Red. | |
| | 2. Gestión Lista de espera. | |
| | 3. Articulación de la red asistencial. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Índice de Actividad de Atención Primaria | Responsable: Departamento Técnico en Salud |
| | | Nº Indicador: E.2.2 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Cumplir las metas de cobertura (IAAPS y otros) | |
| <p>Descripción:</p> <p>Las Metas IAAPS (Indicadores de Actividad de la Atención Primaria), persiguen Generar el cumplimiento de acciones de cobertura y Prevenciones en Salud, con un enfoque multidisciplinario y de Salud Familiar. Esta meta se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componente Actividad General • Componente Actividad de Continuidad de Atención • Componente Actividad con Garantías Explícitas en Salud (GES) <p>Para efectos de este Compromiso de Gestión el seguimiento se realizará al Componente de Actividad General, el cual comprende los ámbitos de cobertura de acciones preventivas, oportunidad, accesibilidad y equidad, resultados en proceso de intervención preventiva con enfoque de riesgo. (EMPA hombres y mujeres, EFAM, ingreso a control precoz de embarazo, atención odontológica, cobertura de DMT2, HTA, evaluación del desarrollo sicomotor, cobertura de asma y atención de trastornos psicológicos).</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: porcentaje | Polaridad: los valores altos (mayores al 90%) indican cumplimiento |
| <p>Fórmula:</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de metas componente actividad general = $\sum [(I_n * k_n)]$</p> <p>I_n = porcentaje indicador meta "n"</p> <p>k_n = Ponderación meta "n"</p> | | |
| Fuente de datos: REM A02 Sección B, REM A05 Sección A, REM A09 Sección C, REM P4 Sección A, REM A03 Sección A2, REM P3, REM P6 y Población inscrita validada. | | |
| Línea de base: no corresponde | Meta: cumplimiento general mayor al 90% | |
| Razonamiento meta: es una meta dirigida a la Atención Primaria, que busca determinar brechas de equidad y calidad, aplicando rebajas o incentivos dependiendo de los mecanismos de evaluación y generar el cumplimiento de acciones de cobertura y Prevenciones en Salud, con un enfoque multidisciplinario y de Salud Familiar | | |
| Iniciativas: | 1. Evaluación mensual de indicadores de la actividad General. | |
| | 2. Envío de reporte de cumplimiento a Directores de Salud Comunal. | |
| | 3. Plan de mejoras en comunas con incumplimiento o riesgo de incumplimiento, para evitar rebajas en el aporte estatal a municipalidades | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 85,0\%$ |
| 1 | $85,0\% \leq X < 86,9\%$ |
| 2 | $86,9\% \leq X < 87,9\%$ |
| 3 | $87,9\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Procesos Internos. | Nombre indicador: Cumplimiento actualización de cartera de servicio del SSMS. | Responsable: Departamento de Gestión de Redes Nº Indicador: E.2.3 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Actualizar la cartera de servicios del SSMS. | |
| <p>Descripción: Este indicador permite cumplimiento de la actualización de la cartera de servicios de la red de salud del Servicio Metropolitano Sur.</p> <p>Se entenderá por cartera de servicios, como el inventario de macroprocesos, procesos, subprocesos y respectivos productos o servicios que brinda cada centro hospitalario.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Valores altos son buenos |
| <p>Fórmula: (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100</p> | | |
| Fuente de datos: Encargado actualización Cartera de Servicios. | | |
| Línea de base: Cartera de Servicios Septiembre 2015 | Meta: Actualización en un 100% Cartera de Servicios del Servicio Metropolitano Sur. | |
| <p>Razonamiento meta: La cartera de servicios permite determinar los servicios prestados por cada hospital de la red. Se puede dimensionar la complejidad de los hospitales, así como medir y formular el mapa de procesos, para gestionar, priorizar, y mejorar los procesos hospitalarios que repercuten en una mejora en la calidad técnica de las prestaciones de salud. La actualización de la cartera de servicio, mantendrá la información del mapa de procesos actualizado, producto clave en la gestión de calidad asistencial.</p> | | |
| Iniciativas: | 1. Diseño y rediseño de la Red. | |
| | 2. Calidad asistencial. | |
| | 3. Pre inversión Hospitalaria. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------|
| 0 | X < 90,0% |
| 1 | 90,0 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100,0% |
| 4 | X = 100,0 |

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Porcentaje de Implementación SIDRA | Responsable: Departamento de Gestión en Tecnologías de la Información y la Comunicación Nº Indicador: E.2.4 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecimiento de la Estrategia del Sistema de Información De la Red Asistencial (SIDRA) | |
| Descripción: El indicador informa el nivel de avance en la implementación de SIDRA en la red de establecimientos del SSMS, mediante la medición de cantidad de servicios clínicos, unidades o departamentos que se implementó SIDRA en relación a los que se tiene declarado implementar en el periodo de evaluación. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentual | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de servicios clínicos, unidades o departamentos en los que se implementa SIDRA} / N^{\circ} \text{ de servicios clínicos, unidades o departamentos planificados a implementar SIDRA en el periodo t}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Informes emanados líderes clínicos de cada establecimiento | | |
| Línea de base:80% | Meta: 90% | |
| Razonamiento meta: Cada establecimiento de salud que compone la red del SSMS y está dentro del alcance de la Estrategia SIDRA deberá comprometer los recursos humanos y físicos necesarios para cumplir el plan de trabajo del periodo. | | |
| Iniciativas: | 1. Implementación de sistema SIDRA | |
| | 2. Mejorar la completitud del Registro Clínico Electrónico | |
| | 3. Utilizar información para la gestión Clínica/Asistencial | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,0\%$ |
| 2 | $83,0\% \leq X < 86,0\%$ |
| 3 | $86,0\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

➤ **Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.**

| | | |
|--|--|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Cumplimiento Plan de trabajo consejo GES | Responsable: Departamento Técnico en Salud |
| | | Nº Indicador: E.1.3.1 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecer Consejos Técnicos de Salud | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el grado de cumplimiento de las actividades que dan pie al cumplimiento de las actividades programadas en el Consejo GES, estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formalización de integrantes del Consejo GES, nombrando los encargados, integrantes y sus responsabilidades. • Seguimiento del plan de trabajo anual <p>Esto permitirá el seguimiento y mejora continua del trabajo de la red en el ámbito de la Ley AUGÉ. Las actividades serán detalladas en el anexo de este indicador.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Actividades del plan | Polaridad: ej. Valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $(\text{Actividades programadas en el periodo} / \text{actividades realizadas para el período}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Resolución del Consejo emitido por Director del SSMS, Plan de trabajo anual, lista de asistencia y Acta de cada reunión. | | |
| Línea de base: No aplica | Meta: 100% del plan programado y Formalización de cada consejo (RESOLUCIÓN). | |
| Razonamiento meta: Al menos en esta Meta están considerados los Consejos GES, Red de Urgencia y Mesa técnica de análisis de morbilidad. | | |
| Iniciativas: | 1. Actualización continua en gestión clínica y registro | |
| | 2. Reuniones de consejo GES | |
| | 3. detección de nodos críticos en gestión clínico administrativa | |
| | 4. Formalización de Actividades Ges por medio de Resoluciones | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Plan de formulación de curso online de inducción para médicos de APS, en el ámbito de patologías prevalentes. | Responsable: Departamento de Gestión de Redes |
| | | Nº Indicador: E.1.3.2 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Aumentar la Resolutividad de la APS a través de Capacitación Gestionada y consultorías | |
| <p>Descripción: Este indicador mide la formulación un curso de formación de médicos de APS para mejorar la resolutividad de la APS y una mejor utilización de toda la red del SSMS</p> <p>Se entenderá como curso online aquel conjunto de contenidos tendientes a mejorar las herramientas de los médicos de APS y que esté disponible en plataforma web del SSMS.</p> | | |
| Frecuencia de medición: mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos. |
| <p>Fórmula: (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo)x100</p> | | |
| Fuente de datos: Actas de reunión y asistencia. | | |
| Línea de base: no aplica | Meta: 100% de las actividades realizadas, curso formulado en diciembre de 2016 para iniciar en 2017 | |
| <p>Razonamiento meta: El fundamento de este indicador es formular un curso para médicos de APS, que esté disponible online, para capacitar a los médicos que se incorporen al SSMS en patología prevalente y manejo de la Red. La alta demanda de prestaciones de salud, ha incrementado la necesidad de resolver las problemáticas de salud en el nivel primario de atención aumentando la pertinencia de las derivaciones. Es por ello que las capacitaciones permiten al médico de APS obtener herramientas satisfacer la demanda de la población en su propio establecimiento.</p> | | |
| Iniciativas: | 1. Gestión lista de espera. | |
| | 2. Programas Resolutividad. | |
| | 3. Fortalecimiento de la Red con enfoque integrado. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------|
| 0 | X < 90,0% |
| 1 | 90,0 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100,0% |
| 4 | X = 100,0 |

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Plan de diseño de estrategia de Telemedicina para especialidades de LE CNE. | Responsable: Departamento de Gestión de Redes |
| | | Nº Indicador: E.1.1 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecer los procesos de implementación en Telemedicina. | |
| <p>Descripción: Este indicador mide la elaboración y actualización de un plan anual de telemedicina; donde se levantan las necesidades de la red, se prioriza una especialidad con alta lista de espera o nodos críticos a resolver y busca abordar soluciones mediante el uso de la innovación tecnológica.</p> <p>Se entiende por telemedicina, como la prestación de un servicio clínico a distancia por medio del uso de tecnologías de la información, y que disminuye las brechas geográficas en el acceso y tiempos de atención.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: valores altos son buenos |
| <p>Formula: (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100</p> | | |
| Fuente de datos: Encargado de Telemedicina. | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 100%, entiendo la elaboración y actualización del Plan de implementación de iniciativas de telemedicina, en una especialidad con alta lista de espera o nodos críticos a resolver | |
| Razonamiento meta: Se debe identificar los nodos críticos que mediante el potencial de la telemedicina pueden ser resueltos. Poseer un plan de telemedicina actualizado dispondrá un lineamiento base del seguimiento de las iniciativas de telemedicina de la red asistencial. | | |
| Iniciativas: | 1. Innovación y mejora de los procesos asistenciales. | |
| | 2. Disminución de las inequidades en salud. | |
| | 3. Fortalecimiento de la red asistencial. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0$ |

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Levantamiento y rediseño de procesos de Telemedicina | Responsable: Departamento de Gestión de Redes |
| | | Nº Indicador: E.1.2 |
| Estrategia: Coordinación de la red | Objetivo: Fortalecer los procesos de implementación en Telemedicina. | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento del levantamiento de procesos de Telemedicina en curso</p> <p>Se entiende por telemedicina, como la prestación de un servicio clínico a distancia por medio del uso de tecnologías de la información, y que disminuye las brechas en el acceso y tiempos de atención en salud.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> <p>*Año 2016: (Nº de procesos levantados en el periodo /Nº de procesos programados para el periodo) x 100.</p> <p>*Año 2017-2018: (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100.</p> | | |
| Fuente de datos: Encargado de Telemedicina. | | |
| Línea de base: Sin línea base | <p>Meta:</p> <p><u>Año 2016</u>: 100% procesos de telemedicina modelados y rediseñados.</p> <p><u>Año 2017</u>: formulación de plan de mejora bienal e implementación del 50 % de actividades programadas para el plan.</p> <p><u>Año 2018</u>: 100% de actividades planificadas en plan de mejora bienal implementadas</p> | |
| Razonamiento meta: Se espera que al levantar los procesos de las iniciativas de Telemedicina en curso y con la formulación de un plan de mejora se logre mejorar la gestión de estas, identificando nodos críticos y reformulando estos procesos. | | |
| Iniciativas: | 1. Innovación y mejora de los procesos asistenciales. | |
| | 2. Disminución de las inequidades en salud. | |
| | 3. Fortalecimiento de la red asistencial. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------|
| 0 | X < 90,0% |
| 1 | 90,0 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X <100,0% |
| 4 | X = 100,0 |

b. Fichas Participación Social

➤ Perspectiva Usuario.

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Mecanismos de participación y control social | Responsable: Unidad Participación DTS |
| | | Nº Indicador: F.4.1.1 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Promover y fortalecer la participación social en salud y Satisfacción Usaria de la Red del SSMS | |
| <p>Descripción: La participación social entendida como un factor protector en salud y constructor de ciudadanía y democracia, constituye una condición necesaria en el proceso de disminuir y eliminar las inequidades sociales, por lo cual intencionar acciones y oportunidades que promuevan la participación en salud y dinamicen la acción comunitaria contribuye a fortalecer la calidad de los servicios de salud e incrementar la satisfacción usuaria. Por lo anterior, es que se propone implementar mecanismos de participación y control, en tanto instancias y oportunidades para la participación social en salud en marcos definidos.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentajes | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula: (Nº de mecanismos ejecutados en el periodo / Nº de mecanismos planificados para el periodo) x 100%</p> | | |
| Fuente de datos: Documento Planificación de la Unidad de Participación Social en Salud | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: ≥ 90% | |
| Razonamiento meta: Elevar los niveles de comprensión y acción sustantiva de la participación social en salud, desde un enfoque de derecho para fortalecer el modelo de salud familiar y satisfacción comunitaria. | | |
| Iniciativas: | Implementación de mecanismos de participación y control social | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 75,0\%$ |
| 1 | $75,0\% \leq X < 80,0\%$ |
| 2 | $80,0\% \leq X < 85,0\%$ |
| 3 | $85,0\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Actividades orientadas a generar y/o fortalecer mecanismos que contribuyan a la satisfacción usuaria. | Responsable: Unidad Participación DTS |
| | | Nº Indicador: F.4.1.2 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Promover y fortalecer la participación social en salud y Satisfacción Usuaría de la Red del SSMS | |
| Descripción: De acuerdo a las orientaciones y en el propósito de aumentar la satisfacción usuaria, es que se hace necesario, difundir y educar en materias de derechos y deberes a la población, así como también generar y/o fortalecer mecanismos institucionales que contribuyan en este propósito con responsables que cuenten con las capacidades de análisis y gestión de propuestas de acciones preventivas, correctivas y de mejora en materias de satisfacción usuaria. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades implementadas en el periodo / Nº total de actividades comprometidas para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos: Carta Gantt Unidad de Participación | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: $\geq 90\%$ | |
| Razonamiento meta: Al cumplir con las actividades programadas se espera conseguir niveles adecuados de conformación, comprensión del rol y gestión de los comités de gestión usuaria, en lo referido a recepción, acogida, trato, información y comunicación a usuarios y usuarias | | |
| Iniciativas | 1. Diagnóstico a nivel de APS y Hospitales respecto a instancias orientadas a abordar el tema de la satisfacción usuaria (Ejemplo: OIRS; Comités de Gestión Usuaria; Consejos Consultivos de Usuarios) | |
| | 2. Asesoría y capacitación a nivel de APS y Hospitales orientadas a generar mayores capacidades de análisis y gestión de propuestas de acciones preventivas, correctivas y de mejora en materias de satisfacción usuaria. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq X < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Actividades dirigidas a visibilizar y fortalecer el enfoque de participación y promoción social como eje transversal del Modelo de Salud Familiar | Responsable: Unidad Participación DTS |
| | | Nº Indicador: F.4.2 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Fortalecer el Modelo de Salud Familiar, relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y escuelas | |
| Descripción: Este indicador se orienta a desarrollar acciones que permitan generar competencias en los encargados de participación y promoción de la salud, y a intencionar la alianza estratégica entre actores y programas del eje promocional preventivo con acción comunitaria, de manera de contribuir a fortalecer el desarrollo del modelo de salud familiar desde el accionar coordinado y con mayor efectividad para el trabajo comunitario y/o en el territorio. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades desarrolladas en el periodo/ Nº total de actividades comprometidas para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos: Carta Gantt Participación | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: $\geq 90\%$ | |
| Razonamiento meta: Entregar asesoría y herramientas metodológicas para profundizar el trabajo promocional preventivo articulado, dirigido a la comunidad en el marco del modelo de salud familiar. | | |
| Iniciativas: | Desarrollo de acciones orientadas a la reflexión, desarrollo y expansión de capacidades en Participación Social en Salud como enfoque transversal del modelo de salud familiar. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq X < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq X < 89,9\%$ |
| 4 | $X \geq 90\%$ |

➤ **Perspectiva Financiera.**

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Nº de actividades prioritizadas que cuentan con financiamiento para promover y fortalecer la participación social en salud. | Responsable: Departamento Técnico en Salud |
| | | Nº Indicador: F.3.1 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social prioritizadas por el SSMS | |
| <p>Descripción:</p> <p>Para esta Dirección de Salud, uno de los lineamientos estratégicos es la Participación Social en salud; entendiéndola como proceso dinámico en constante construcción; que implica y convoca a todos los ciudadanos/as que habitan el territorio de jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Sur y que se orienta a promover, crear y fortalecer espacios, mecanismos y capacidades individuales y colectivas de participación social en salud, para así fortalecer la corresponsabilidad y capacidad de incidencia en las políticas de salud. En este contexto, generar condiciones financieras que permitan implementar el plan de trabajo de la Unidad de Participación es un desafío y propósito de este Servicio, teniendo énfasis en las actividades prioritizadas.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> <p>(Nº de actividades prioritizadas del Plan de Participación en el periodo/ Nº total de actividades prioritizadas ejecutadas del Plan de Participación para el periodo) X 100</p> | | |
| Fuente de datos: | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: 100% | |
| <p>Razonamiento meta: Contribuir a generar las condiciones para la realización de actividades que potencien y promuevan la participación social en salud y el control social de la comunidad. Al priorizar las actividades, se priorizarán también los recursos requeridos para cumplir con la realización dichas actividades, tener un mayor control de su uso.</p> | | |
| Iniciativas: | Presentar, asignar presupuesto y ejecutar el plan de actividades priorizado de la Unidad de Participación. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100\%$ |

| | | |
|--|--|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Promover procesos para la instalación progresiva de presupuestos participativos en el SSMS | Responsable: Unidad Participación DTS |
| | | Nº Indicador: F.3.2 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Fortalecer los procesos de presupuesto de participación | |
| <p>Descripción:</p> <p>A través del instrumento y metodología asociada a los Presupuesto Participativos, se pretende profundizar la participación social en salud con enfoque de derechos y como ejercicio ciudadano de definición, priorización y seguimiento a iniciativas en el ámbito de la promoción y participación; entendida como protector de salud.</p> <p>De esta manera se espera que las personas sean incluidas y consideradas en procesos crecientes de toma de decisiones y corresponsabilidad en el desarrollo de barrios y territorios más saludables.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> <p>(Porcentaje actividades desarrolladas o implementadas en el periodo / Nº total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) X 100</p> | | |
| Fuente de datos: Plan de participación | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: Que la sociedad civil incida en la toma de decisiones y pueda ejercer el control social | | |
| Iniciativas: | Definir una propuesta metodológica, técnica y financiera para la implementación de Presupuestos Participativos en el SSMS, con aplicación, seguimiento y evaluación a partir del 2017. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

➤ **Perspectiva Procesos Internos.**

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Actividades que promuevan reflexión y compromiso en torno a la formulación de Planes de Salud con enfoque de determinantes sociales. | Responsable: Unidad Participación DTS |
| | | Nº Indicador: F.2.1 |
| Estrategia: Participación social | Objetivo: Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | |
| <p>Descripción: En el horizonte de modificar los determinantes sociales de la salud que generan inequidad, es necesario generar acciones que contribuyan y promuevan la comprensión y operacionalización de acciones intra e intersectoriales que otorguen coherencia e integralidad a las políticas locales. En este propósito es que los Planes Locales de Salud, constituyen una oportunidad para este propósito, por lo cual este indicador se orienta a medir las acciones implementadas en este horizonte de planificación local integrada.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades desarrolladas o implementadas en el periodo/ Nº total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) X 100 | | |
| Fuente de datos: Carta Gantt Participación | | |
| Línea de base: No hay línea de base | Meta: ≥ 90% | |
| Razonamiento meta: Lo que se espera es generar espacios que convoquen a los principales generadores de políticas y planes de acción local, que contribuyan a la reflexión, intercambio de experiencias y adquisición de herramientas en planificación integrada bajo el enfoque de determinantes sociales, e intencionar su aplicación en los Planes Locales de Salud. | | |
| Iniciativas: | Implementar instancia y encuentros orientados a aprender, analizar y motivar la Planificación integrada con enfoque de Determinantes Sociales de Salud a nivel local. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq X < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90\%$ |

➤ **Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.**

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y desarrollo | Nombre indicador: Actividades orientadas a promover encuentros que fortalezcan competencias, habilidades y prácticas en el ejercicio de liderazgos con impacto sanitario. | Responsable: Unidad Participación DTS Nº Indicador: F.1.1 |
| Estrategia: Participación Social | Objetivo: Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | |
| Descripción: Desarrollar procesos, orientados al encuentro y ejercicio de una ciudadanía activa, promoverá la constitución de liderazgos y sujetos críticos, con conciencia individual y colectiva que participen en asuntos de interés público en materias de salud, participación que tiene como propósito contribuir de manera intencionada y responsable a transformar las determinantes sociales que afectan negativamente la salud de las personas y de esta forma mejorar el medio en que viven. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades desarrolladas o implementadas en el periodo / Nº total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) x 100. | | |
| Fuente de datos: Carta Gantt Participación | | |
| Línea de base: Sin Línea de base | Meta: ≥ 90% | |
| Razonamiento meta: Entregar elementos y oportunidades de análisis, reflexión conjunta para el buen ejercicio de liderazgos. | | |
| Iniciativas: | Implementar actividades que promuevan encuentros, aprendizajes y fortalecimiento de competencias y prácticas en el ejercicio de liderazgos con impacto sanitario. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80,0\% \leq X < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq X < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq X < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

c. Fichas Trato

➤ Perspectiva Usuario.

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Plan de trabajo Política del Buen Trato | Responsable: Departamento Calidad de Vida Laboral Nº Indicador: G.4.1 |
| Estrategia: Trato | Objetivo: Promover y potenciar la Política de Buen Trato | |
| Descripción: Este indicador mide como los establecimientos pertenecientes a este Servicio de Salud, desarrollan cada lineamiento de la Política de Buen trato; estos deben traducirse en un plan de trabajo y actividades del mismo. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: F1= (Número de planes presentados en el periodo / Número de planes programados para el periodo) x 100 F2= (Número de actividades realizadas en el periodo / Número de actividades comprometidas para el periodo) x 100 F total = (F1x0,5) +(F2x0,5) | | |
| Fuente de datos: Plan de Trabajo entregado por los Establecimientos | | |
| Línea de base: sin línea base | Meta: 100 % | |
| Razonamiento meta: este indicador busca Incrementar climas relacionales nutritivos, fortaleciendo la imagen institucional, ofreciendo a los usuarios un mejor servicio, enfocado en la calidad y el buen trato | | |
| Iniciativas: | 1. Prestación del plan | |
| | 2. De reconocimiento | |
| | 3. Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios | |
| | 4. De cumplimiento del instructivo presidencial sobre buenas prácticas laborales (IP) | |
| | 5. En una segunda etapa (año 2018), se difundirán los lineamientos de la Política de Buen Trato del SSMS a la APS, para que cada establecimiento de la APS desarrolle su propia política, con apoyo del SSMS. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|-------------------|
| 0 | X < 90% |
| 1 | 90 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100% |
| 4 | X = 100 |

➤ **Perspectiva Financiera.**

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Porcentaje de ejecución de presupuesto asignado para capacitación en Buen trato | Responsable: Unidad de Capacitación Nº Indicador: G.3.1 |
| Estrategia: Trato | Objetivo: Definir un presupuesto que facilite la política de trato del servicio de salud | |
| Descripción: El indicador mide el cumplimiento de la ejecución del presupuesto asignado a las actividades de capacitación que se incorporen en el Programa Anual de Capacitación, que tengan como objetivo favorecer el Buen Trato al usuario tanto interno como externo y que fueron ejecutadas según lo programado. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $\left(\frac{\text{Total de Glosa de capacitación en Buen trato al usuario (interno/externo) ejecutada según lo programado en el PAC en el periodo}}{\text{Total de Glosa de capacitación en buen trato al usuario (interno/externo) programados en el PAC para el periodo}} \right) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: SIRH | | |
| Línea de base: Sin Línea Base | Meta: \geq a 90% | |
| Razonamiento meta: El Desarrollo de un presupuesto que acompañe la política de trato del Servicio de Salud permitirá ejecutar el presupuesto asignado a las actividades de capacitación que se incorporen en el Programa Anual de Capacitación. Una capacitación programada en el plan sólo se cumple una vez ejecutada. | | |
| Iniciativas: | 1. Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. | |
| | 2. Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario | |
| | 3. Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación. | |
| | 4. Presentación propuesta PAC al director Servicio. | |
| | 5. Elaboración PAC Definitivo. | |
| | 6. Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100\%$ |

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Evaluación puestos de trabajo Unidades de atención directa de público de admisión hospitalaria. | Responsable: Departamento Calidad de Vida Laboral Nº Indicador: G.3.2 |
| Estrategia: Trato | Objetivo: Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | |
| <p>Descripción: Este indicador mide como los establecimientos pertenecientes a este Servicio de Salud, aplicando lo establecido en el Decreto Supremo Nº 594 "y su reglamento sobre condiciones sanitarias ambientales básicas en los lugares de trabajo"; mejoran las condiciones de trabajo de las distintas unidades de la organización, priorizando las de atención directa de público. En el año 2016 se determinará la línea base.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Formulas:</p> <p>Año 2016</p> $F0 = (\text{N}^\circ \text{ de actividades ejecutadas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de actividades}^1 \text{ programadas para el periodo}) \times 100$ <p>Año 2017-2018</p> $F1 = (\text{Número puestos de trabajo de admisiones priorizados evaluados en el periodo} / \text{Total de puestos de admisiones priorizados en Establecimientos hospitalarios del SSMS para el periodo}) \times 100.$ $F2 = (\text{Número puestos de trabajo de admisiones intervenidos en el periodo} / \text{Total de puestos de admisiones priorizados en Establecimientos hospitalarios del SSMS en el periodo}) \times 100.$ $F \text{ total} = (F1 \times 0,7) + (F2 \times 0,3)$ <p>¹ Actividades en relación a carta Gantt.</p> | | |
| Fuente de datos: Unidades de Prevención de riesgo, Salud Ocupacional, Comités Paritarios, Unidades de Mantenimiento. | | |
| Línea de base: sin línea base | <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2016: (como se priorizará) Establecer línea base, priorización • 2017-2018 : Intervención del 100 % de los puestos de trabajo evaluados y priorizados | |
| Razonamiento meta: Mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios de la organización que realizan atención directa de público | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamiento de los puestos trabajo de atención directa de público. 2. Evaluación de los puestos de trabajo priorizados. 3. Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento. 4. Programación de la intervención de los puestos de trabajos. | |

| Puntuación | % Cumplimiento 2016 |
|------------|---------------------|
| 0 | X < 90% |
| 1 | 90 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100% |
| 4 | X = 100 |

➤ **Perspectiva Procesos Internos.**

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Gestión oportuna , para acoso laboral y sexual SSMS | Responsable: Departamento Calidad de Vida Laboral |
| | | Nº Indicador: G.2.1 |
| Estrategia: Trato | Objetivo: Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | |
| Descripción: Este indicador mide como este Servicio de Salud, acoge oportunamente las denuncias de acoso sexual y laboral, entendiendo que debe acogerse antes de 15 días, en cumplimiento del IP. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> <p>(Número de denuncias que inician proceso antes de 15 días hábiles en el periodo/ Total de denuncias recibidas para el periodo) x 100</p> | | |
| Fuente de datos: Informes de los Establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 100 % | |
| Razonamiento meta: Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas del instructivo presidencial referido al acoso sexual y laboral. | | |
| Iniciativas: | 1. Socializar el reglamento y flujo aprobado por resolución | |
| | 2. Aplicar el reglamento y flujo aprobado por resolución | |
| | 3. Crear sistema de registro y seguimiento de las denuncias de acoso recibidos | |
| | 4. Generar informes trimestrales | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|-------------------|
| 0 | X<90,0% |
| 1 | 90,0 %≤ X <93,3% |
| 2 | 93,3%≤ X <96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X <100,0% |
| 4 | X = 100,0% |

➤ **Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.**

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Porcentaje de capacitaciones en trato al usuario (interno-externo) ejecutadas según lo programado en PAC anual. | Responsable: Unidad de Capacitación Nº Indicador: G.1.1 |
| Estrategia: Trato | Objetivo: Generar, Mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | |
| Descripción: El indicador mide las actividades de capacitación que se incorporen en el programa anual de capacitación, que tengan como objetivo favorecer el buen trato al usuario tanto interno como externo y que fueron ejecutadas según lo programado. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades de capacitación en Buen trato al usuario (interno/externo) ejecutadas del programa PAC en el periodo / Número total de actividades en buen trato al usuario (interno/externo) programadas en el PAC para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos : SIRH | | |
| Línea de base: Sin Línea Base | Meta: 100% de lo programado | |
| Razonamiento meta: El objetivo de este indicador es el favorecer el desarrollo de habilidades para el buen trato en la atención tanto al usuario interno como externo. Una capacitación sólo se cumple una vez ejecutada. | | |
| Iniciativas: | 1. Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. | |
| | 2. Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario | |
| | 3. Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación | |
| | 4. Presentación propuesta PAC al director Servicio | |
| | 5. Elaboración PAC Definitivo | |
| | 6. Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. | |
| | 7. Incorporar en orientaciones de formulación de PAC anual de APS, el lineamiento estratégico “Mejorar la calidad de la atención y trato al | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------|
| 0 | X < 90,0% |
| 1 | 90,0% ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100,0% |
| 4 | X = 100% |

d. Fichas Uso eficiente de los Recursos

➤ Perspectiva Usuario.

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Usuarios | Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento de las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | Responsable: Departamento de Inversiones y Operaciones |
| | | Nº Indicador: H.4.1 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Cumplimiento de cronograma de cartera de inversiones anunciada por la Presidenta de la República | |
| <p>Descripción: El indicador mide el nivel de cumplimiento alcanzado respecto a cronograma fijado desde la Presidencia de la República. Para ello se requiere informar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe remitido formalmente vía oficio al Sr. Director SSMS, con la propuesta de iniciativas de inversión para el periodo respectivo (renovación de infraestructura, equipos y equipamiento), a más tardar dentro del tercer mes de iniciado el ejercicio en el cargo correspondiente. - Oficio de la Dirección SSMS en el que se aprueba Priorización de proyectos efectuada por la autoridad para el periodo - Prefactibilidad; Fichas con RS para pasar a etapa de Diseño - Diseño; Fichas con RS para pasar a etapa de Ejecución. - Ejecución de Obras; Para infraestructura Acta de recepción provisoria de la obra. Para equipamiento (proyectos Circular 33) el devengo de las facturas y acta recepción conforme de los equipos. - Equipo y Equipamiento; Documento que dé cuenta del devengo respectivo. Para equipamiento (proyectos Circular 33) el devengo de las facturas y acta recepción conforme de los equipos. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades del cronograma de la cartera de inversiones anunciada por la Presidenta de la República, ejecutadas en el periodo / Número total de actividades programadas en el cronograma de la cartera de inversiones anunciada por la Presidenta de la República para el periodo) x 100. | | |
| Fuente de datos: Carta Gantt y/o cronograma de Cartera de Inversiones | | |
| Línea de base: Sin línea | Meta: 90% cumplimiento en el periodo | |
| Razonamiento meta: El correcto cumplimiento de lo indicado en Cartera de Inversiones genera un beneficio directo a los usuarios beneficiarios ya que busca disminuir brechas de salud y aumentar la satisfacción usuaria en el lugar determinado. | | |
| Iniciativas: | 1. Seguimiento de las inversiones comprometidas | |
| | 2. Compromiso del nivel central respecto a necesidades de la red | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|----------------------|
| 0 | $X < 70,0\%$ |
| 1 | $70\% \leq X < 78\%$ |
| 2 | $78\% \leq X < 84\%$ |
| 3 | $84\% \leq X < 90\%$ |
| 4 | $X \geq 90\%$ |

| | | |
|--|--|--|
| Perspectiva: Usuario | Nombre indicador: Supervisar y auditar Fichas de pacientes GES y no GES de APS y Nivel Secundario. | Responsable: Equipo GES y Programa del Adulto (DTS) Nº indicador: H.4.2 |
| Estrategia: Uso Eficiente de los Recursos | Objetivo: Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio, según protocolos acordados en la Red de establecimientos del SSMS. | |
| <p>Descripción: revisión de protocolos de guía clínicas GES del nivel primario y Secundario. Se auditarán muestras de fichas clínicas de APS y Nivel Secundario revisando seguimiento de recomendaciones y estandarización de procesos en la atención de los usuarios.</p> <p>Se utilizará una lista de cotejo para evaluar el cumplimiento de los protocolos.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestrales | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: cumplimiento de más del 50% de recomendaciones |
| <p>Fórmula:</p> <p>$\frac{\text{Nº total de fichas evaluadas que cumplen protocolos en el periodo}}{\text{nº de fichas evaluadas para el periodo}} \times 100$</p> | | |
| Fuente de datos: ficha clínica | | |
| Línea base: Sin línea base | Meta: $\geq 80\%$ | |
| Razonamiento meta: busca determinar brechas de equidad y calidad, al no cumplirse protocolos estandarizados | | |
| Iniciativas: | 1. Generar protocolo de revisión (Segundo trimestre 2016) | |
| | 2. Generar línea base para auditoría (Tercer trimestre 2016) | |
| | 3. Realización de plan de mejora (Cuarto Trimestre 2016) | |
| | 4. Realización de auditoría de HTA y DMT2 | |
| | 5. Generar línea base para auditoría con una patología nueva | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $x < 70,0\%$ |
| 1 | $70,0\% \leq x < 73,3\%$ |
| 2 | $73,3\% \leq x < 76,6\%$ |
| 3 | $76,6\% \leq x < 80\%$ |
| 4 | $x \geq 80\%$ |

➤ **Perspectiva Financiera.**

| | | |
|---|--|--|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Regla de equilibrio financiero | Responsable: Departamento de Finanzas |
| | | Nº Indicador: H.3.1 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Fortalecer el control presupuestario | |
| <p>Descripción:</p> <p>Este indicador permite medir la relación que debe existir entre los gastos devengados y los ingresos devengados del periodo, en el establecimiento autogestionado.</p> <p>Para el cumplimiento de este indicador por parte del EAR, el director del servicio de salud deberá velar por una oportuna y adecuada transferencia presupuestaria. Si esto no ocurriera, el gestor de la red deberá justificar al director del hospital ante el MINSAL, señalando expresamente las razones del por qué</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Numero | Polaridad: en valor 1 es bueno |
| <p>Fórmula:</p> <p>(Gastos Operacionales Devengados en el periodo /Ingresos Operacionales Percibidos para el periodo)</p> | | |
| Fuente de datos: SIGFE | | |
| Línea de base: Igualar ADP | Meta: $\leq 1,03$ | |
| <p>Razonamiento meta: La medición de este indicador ayudará a monitorear uno de principales objetivos financiero – presupuestarios de cada establecimiento, cual es mantener gastos iguales a los ingresos. Sumado a lo anterior, el indicador debe cumplir con las normas de contabilidad generalmente aceptadas.</p> | | |
| Iniciativas: | 1. Establecer un presupuesto acorde a los ingresos. | |
| | 2. Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. | |
| | 3. Establecer políticas de contención de gastos. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|------------------------|
| 0 | $X > 1,091$ |
| 1 | $1,071 < X \leq 1,091$ |
| 2 | $1,051 < X \leq 1,071$ |
| 3 | $1,03 < X \leq 1,051$ |
| 4 | $X \leq 1,03$ |

| | | |
|---|---|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Ejecución financiera del plan anual de Inversiones | Responsable: Departamento de Inversiones y Operaciones |
| | | Nº Indicador: H.3.2 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Ejecutar el Plan anual de Inversiones. | |
| <p>Descripción: este indicador permite medir el avance de los proyectos de inversión, permitiendo reaccionar oportunamente ante retrasos en la ejecución.</p> <p>Para obtener un buen resultado de este indicador, el SDA deberá monitorear el avance financiero mensualmente y generar mejoras en la gestión del servicio de manera oportuna a los diferentes referentes y/o jefes de proyectos.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentual | Polaridad: 100% es bueno |
| <p>Fórmula:</p> $\left(\frac{\text{Devengo del gasto}}{\text{Presupuesto de Inversión Programado}} \right) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: SIGFE | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta Anual: 90% | |
| Razonamiento meta: Este indicador, ayudara a mantener un monitoreo periódico a los diferentes proyectos de Inversión, para su oportuna ejecución presupuestaria y ejecutar el 100% los recursos financieros decretados anualmente. | | |
| Iniciativas: | 1. Establecer programación financiera, por cada decreto emitido. | |
| | 2. Mejorar continuamente los procesos para ejecutar el presupuesto. | |
| | 3. Monitorear periódicamente cada proyecto. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 80,0\%$ |
| 1 | $80\% \leq x < 83,3\%$ |
| 2 | $83,3\% \leq x < 86,6\%$ |
| 3 | $86,6\% \leq x < 90,0\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

| | | |
|--|--|--|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo | Responsable: Departamento de Abastecimiento Nº Indicador: H.3.3 |
| Estrategia: Uso Eficiente de los Recursos | Objetivo: Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | |
| <p>Descripción: Este es un indicador compuesto que mide tanto el porcentaje de licitaciones públicas del denominado "Tipo L1" (Art. 19 bis del Decreto 250 Ley 19.886) que contratan montos iguales o inferiores a 100 UTM, por sobre el monto total de licitaciones que se efectúen en el período y el porcentaje de órdenes de compras que se emiten y efectúan por trato directo (Art. 10 del mismo decreto anterior), por sobre el total de órdenes de compra emitidas en el mismo período.</p> <p>Cada componente anterior, tiene una ponderación de 50% cada uno. Para efectos de la asignación de puntaje, los establecimientos que logran la meta estándar, obtendrán el puntaje máximo de cuatro puntos. En caso contrario el Departamento podrá obtener un punto adicional, si cumple con la meta de reducción de la línea base del año anterior de acuerdo al anexo 03.</p> <p>Para los registros del indicador se consideran las licitaciones con estado publicada y las órdenes de compra con estado enviada, ambas en cada mes de evaluación</p> | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores bajos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $[(\text{Número de licitaciones L1 en el período} / \text{Total de licitaciones en el periodo} \times 0,5) + (\text{Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el período} / \text{Total de órdenes de compra en el período} \times 0,5)] \times 100$ | | |
| <p>Fuente de datos: http://www.analiza.cl, sección reportes o instrucciones emanadas oportunamente por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> <p>Certificado anual emitido por la División de Presupuestos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> | | |
| Línea de base: Acumulado a diciembre del año anterior | Meta: $\leq 20\%$ | |
| <p>Razonamiento meta: Al elaborar un plan o programación de compras y realizar agregación de estas, se mejora la gestión, ya que se obtienen generalmente condiciones más ventajosas en términos de oportunidad, calidad, precio y garantía. Se estima que el nivel de desagregación de compras vía licitaciones menores del tipo L1 y las que corresponden a trato directo, no deberían ser superiores al 20%, de acuerdo a la composición de este indicador</p> | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión y realizar programación de adquisición de bienes y/o servicios. 2. Validar cumplimiento de parámetros para los oferentes. 3. Identificar nodos críticos en los procesos de adquisiciones e implementar planes de mejora. | |

Tabla de Aplicación del Indicador año t:

| PUNTUACIÓN | % DE CUMPLIMIENTO |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X > 50,0\%$ |
| 1 | $40,0\% < X \leq 50,0\%$ |
| 2 | $30,0\% < X \leq 40,0\%$ |
| 3 | $20,0\% < X \leq 30,0\%$ |
| 4 | $X \leq 20,0\%$ |

| PUNTUACIÓN | CUMPLIMIENTO DE REDUCCIÓN SEGÚN TRAMO |
|------------|---------------------------------------|
| 1 | SI |

Evaluación del riesgo:

| RANGO | DESCRIPCIÓN DEL RANGO | % DE CUMPLIMIENTO |
|----------|-----------------------|-------------------|
| Normal | Bueno | $X < 20$ |
| Riesgo | Regular | $21 < X \leq 30$ |
| Problema | Deficiente | $X > 30$ |

➤ **Perspectiva Procesos Internos.**

| | | |
|---|--|--|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Monitoreo de Inventarios | Responsable: Departamento de Finanzas |
| | | Nº Indicador: H.2.1 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Estandarizar los Procesos de Inventario y control de stock | |
| Descripción: Este indicador mide la cantidad de muestras aleatorias a productos de cuatro tipos de stock que posee la bodega, de este modo se fiscaliza que los bienes se encuentren debidamente registrados y contabilizados en los sistemas del Servicio. También este indicador mide la cantidad de fiscalizaciones realizadas a los diversos departamentos de la Dirección, de esta forma se posee un mayor control sobre los activos fijos adquiridos por el Servicio. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Unidades | Polaridad: Valores |
| <p>Fórmula:</p> $(((\text{*N}^\circ \text{ de Muestras Productos en Bodega Fiscalizados} / 4) \times 0,5) + ((\text{*N}^\circ \text{ Muestra de Planchetas Fiscalizadas} / 4) \times 0,5)] \times 100$ <p>*Una muestra mensual de Productos en Bodega: Economato (CMIM); Farmacia; Fondos Fijos; Insumo Dirección. **4 Muestras Planchetas de distintos Departamentos.</p> | | |
| Fuente de datos: Propia | | |
| Línea de base: N/A | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: A mayor número de muestras de stock respecto al número mensual, mayor número de puntaje. Este indicador ayuda a fiscalizar el correcto uso de los recursos de las bodegas. También a mayor número de planchetas fiscalizadas, mayor control sobre los activos fijos e inventario del Servicio. | | |
| Iniciativas: | 1. Controlar las bodegas de inventarios | |
| | 2. Velar por el correcto uso y cuidado de activos fijos | |
| | 3. modernizar los controles de inventarios | |

| Puntuación | Cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X \leq 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% < X \leq 92,5\%$ |
| 2 | $92,5\% < X \leq 95,0\%$ |
| 3 | $95,0\% < X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

| | | |
|--|--|--|
| Perspectiva: Procesos internos | Nombre indicador: Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo de Gestión por Procesos | Responsable: Unidad de Procesos Nº indicador: H.2.2 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Gestión por procesos priorizados | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento de las actividades programadas para el año, del plan de Gestión por Procesos de la Institución.</p> <p>Los requisitos que debe tener el plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envío por parte de la Dirección plan de trabajo de Unidad de Procesos • Al año 2016 contar con un primer proceso levantado por cada Departamento y aprobado vía Resolución • Contar con un seguimiento a procesos levantados • Contar con las siguientes actividades definidas en el plan de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> → Desarrollo de catálogo de procesos / Departamento → Priorización de procesos identificados (para su posterior documentación) → Gestión de reuniones con cada Departamento → Plataforma web para publicación de procesos → Publicación de procesos levantados → Desarrollo de capacitación de Gestión por Procesos | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Nº actividades del plan de trabajo realizada en el periodo}}{\text{Nº total de actividades programadas para el periodo}} \times 100$ | | |
| Fuente de datos : Entrevistas, reuniones de equipo de trabajo, documentos | | |
| Línea de base: sin línea base | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: Contar con un plan de trabajo que permita coordinar y gestionar las actividades con los equipos de trabajo de cada Departamento para la ejecución del plan. Con lo que podemos implementar metodología de Gestión por Procesos al interior del SSMS | | |
| Iniciativas: | 1. Capacitación | |
| | 2. Entrevistas (al menos un representante por departamento) | |
| | 3. Generación de documentos de procesos: <ul style="list-style-type: none"> → Ficha → Diagrama → Análisis de quiebres | |
| | 4. Análisis de documentos e información | |
| | 5. Asesoría gestión de procesos | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|-------------------------|
| 0 | $X < 70,0\%$ |
| 1 | $70,0\% \leq X < 80\%$ |
| 2 | $80\% \leq X < 90\%$ |
| 3 | $90\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100\%$ |

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Procesos internos | Nombre indicador: Envío de información Financiera al Nivel Central | Responsable: Departamento de Finanzas |
| | | Nº indicador: H.2.3 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Mantener información y retroalimentación de metas financieras | |
| Descripción: Enviar Mensualmente Programación y Ejecución Financiera a FONASA. | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: mayor porcentaje es mejor |
| <p>Formula: $\frac{[(\text{Cantidad de Informes entregados} \times 0.8) + (\text{Cantidad de Informes entregados Oportunamente} \times 0.2)]}{\text{Cantidad de Informes Solicitados}} \times 100$ </p> <p>Nota: los informes son Anexos I II III y IV, emitidos al FONASA</p> | | |
| Fuente de datos: Propia (archivo de Seguimiento informes) | | |
| Línea de base: N/A | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: Entregar informes oportunamente a nivel central sobre ejecución Financiera e Informar mensualmente la ejecución financiera a FONASA | | |
| Iniciativas: | 1. Cumplir con los plazos designados por FONASA | |
| | 2. Generar alertas en relación al comportamiento financiero. | |
| | 3. Cumplir con formatos Solicitados por FONASA | |
| | 4. Cumplir con la ejecución financiera. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 96,0\%$ |
| 1 | $96,0\% \leq X < 97,0\%$ |
| 2 | $97,0\% \leq X < 98,0\%$ |
| 3 | $98,0\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

➤ **Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.**

| | | |
|---|--|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Cumplimiento de Actividades Programadas en APS | Responsable: Departamento de Finanzas |
| | | Nº Indicador: H.1.1 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS | |
| Descripción: Se busca llegar al uso eficiente de la utilización de los recursos públicos y la necesaria transparencia de los actos que disponen su uso, atendida las normas sobre probidad administrativa. | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de Unidad: Número. | Polaridad: |
| <p>Fórmula:</p> <p>F1= (Informes comunales emitidos en el periodo/Total de comunas dependientes para el periodo) x 100</p> <p>F2= (Informes de transparencia emitidos en el periodo/Total de Informes de transparencia para el periodo) x 100</p> <p>F3= (Informes de transferencias emitidos en el periodo/ Total de Informes de transferencias para el periodo) x 100</p> <p>Formula total= (F1 x 0.3) + (F2 x 0.3) + (F3 x 0.4)</p> | | |
| Fuente de Datos: Control Financiero APS | | |
| Línea de base: Sin línea de base. | Meta: 100% | |
| Razonamiento meta: El indicador busca cumplir con la normativa vigente en relación a gestión y transferencia de recursos financieros a la Red de APS. La medición del indicador servirá para que los establecimientos se enmarquen en la normativa y así realicen las rendiciones de cuentas de manera correcta y proba. Por consiguiente, el realizar reuniones y monitoreos constantes con los establecimientos, se generará un apoyo, lo cual se traducirá en una entrega más eficaz y prolija del trabajo | | |
| Iniciativas: | 1. Programa de Reforzamiento, Trimestral | |
| | 2. Informe de Transparencia Activa, Mensual | |
| | 3. Informe de Transferencia por Periodo, CGR, Trimestral | |

| Puntuación | Cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X \leq 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% < X \leq 92,5\%$ |
| 2 | $92,5\% < X \leq 95,0\%$ |
| 3 | $95,0\% < X < 100,0\%$ |
| 4 | $X=100,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría | Responsable: Departamento de Auditoría |
| | | Nº Indicador: H.1.2.1 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua. | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el grado de cumplimiento del programa de actividades de auditoría planificado para un período determinado. Dichas auditorías integran las realizadas en las áreas Administrativa, Financiera, Contable y Clínica. Estas actividades corresponderán a las incluidas en el plan anual de auditoría las que deben contener auditorías referidas a los objetivos gubernamentales, ministeriales e institucionales del año en curso, incluyendo las de seguimiento.</p> <p>Para efecto de registro del denominador, las auditorías programadas serán aquellas que corresponde terminar en el mes de medición, según cronograma y entendiéndose como terminadas aquellas que están firmadas por el Director del SSMS y cuentan con ordinario conductor.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $\left(\frac{\text{Nº de auditorías realizadas por el departamento de auditoría en el período}}{\text{Total de auditorías programadas en el plan anual de auditoría del departamento de auditoría para el periodo}} \right) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Base de datos local desarrollada por el departamento de Auditoría | | |
| Línea de base: Fecha Límite del año en curso | <p>Meta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de Cumplimiento en auditorías referidas a objetivos gubernamentales y ministeriales. • 80% de cumplimiento para los demás objetivos, según programa anual. | |
| Razonamiento meta: La planificación de auditoría está basada en la necesidad de revisar procesos críticos en la institución, por lo que es necesario cumplir con este plan a lo menos en los porcentajes indicados de acuerdo al cronograma y aporta al fortalecimiento de los procesos priorizados en el plan anual de Auditoría | | |
| De cumplimiento Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tener un sistema de monitoreo y evaluación del plan anual de auditoría. 2. Control por parte del equipo directivo del cumplimiento y de la notificación de las auditorías a los auditados. | |

| Puntuación | Objetivos Gubernamentales y Ministeriales | Otros Objetivos |
|------------|---|--------------------------|
| 0 | $X < 85,0\%$ | $X < 65,0\%$ |
| 1 | $85,0\% \leq X < 90,0\%$ | $65,0\% \leq X < 70,0\%$ |
| 2 | $90,0\% \leq X < 95,0\%$ | $70,0\% \leq X < 75,0\%$ |
| 3 | $95,0\% \leq X < 100\%$ | $75,0\% \leq X < 80,0\%$ |
| 4 | $X = 100\%$ | $X \geq 80,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Respuestas a Informes de Contraloría General de la República. | Responsable: Departamento de Auditoría |
| | | Nº Indicador: H.1.2.2 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua. | |
| Descripción: Este indicador mide el grado de cumplimiento de respuesta, a de las observaciones contenidas en los informes de auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, a los departamentos de la dirección del SSMS y hospitales de mediana complejidad. El cumplimiento se evaluará de acuerdo a los tiempos fijados por citado organismo contralor el que será respaldado por ordinario del Director del Servicio al Contralor general de la República. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Nº de informes de CGR respondidos oportunamente en el periodo/ Total de informes de CGR a responder para el período) x 100 | | |
| Fuente de datos: Base de datos local desarrollada por el departamento de Auditoría | | |
| Línea de base: : mes de vencimiento de respuesta | Meta: 100% de Cumplimiento | |
| Razonamiento meta: El trabajo coordinado permite otorgar respuesta a las observaciones de los informes de CGR en los tiempos fijados por la citada institución. | | |
| Iniciativa: | Tener un sistema local de monitoreo y evaluación de las respuestas enviadas a Contraloría General de la República. | |

| Puntuación | % de cumplimiento respuestas oportunas |
|------------|--|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 95,0\%$ |
| 2 | $95,0\% \leq X < 97,0\%$ |
| 3 | $97,0\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0\%$ |

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Resolución de observaciones de informes de Contraloría | Responsable: Departamento de Auditoría Nº Indicadores: H.1.2.3 |
| Estrategia: Uso eficiente de los recursos | Objetivo: Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua. | |
| Descripción: Este indicador mide el grado de resolución de las observaciones en los informes emitidos por la Contraloría General de la República, sean estos informes finales o de seguimiento de las auditorías realizadas por el citado organismo contralor a los departamentos de la dirección del SSMS y hospitales de mediana complejidad. El grado de resolución será evaluado de acuerdo a observaciones levantadas por CGR y que están consignadas en los informes de seguimiento. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Nº de observaciones de informes de Contraloría resueltos en el periodo / Total de observaciones presentes en los informes de Contraloría para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos: Base de datos local desarrollada por el departamento de Auditoría | | |
| Línea de base: Fecha Límite del año en curso | Meta: 50% de Cumplimiento | |
| Razonamiento meta: el indicador busca Medir el grado de resolución de las observaciones realizadas por la Contraloría General de la República en sus auditorías. Las observaciones contenidas en informes de CGR, tienen sentido si los aspectos detectados como deficitarios son revisados y mejorados por los equipos que fueron sujetos de estas auditorías. Las mejoras suponen, formalización de medidas implementadas para solucionar situaciones de riesgo detectado por los diferentes jefes de departamentos y directores de establecimientos. El desarrollo, implementación identificación de los responsables de la implementación, fecha comprometida y el monitoreo se constituye en la herramienta más efectiva para lograr el objetivo. El cumplimiento de lo implementado y su resultado es verificado por CGR, de acuerdo a lo constatado en su fiscalización levanta o no la observación. Por ser una meta nueva se fija como meta máxima 50% de cumplimiento ya que no se cuenta con línea base. | | |
| Iniciativas: | 1. Contribuir a la mejora continua de los procesos auditados por la Contraloría. | |
| | 2. Utilizar el conocimiento adquirido para la mejora de otros procesos similares a los auditados. | |
| | 3. Tener un sistema de monitoreo y evaluación de las observaciones resueltas. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 40,0\%$ |
| 1 | $40,0\% \leq X < 43,0\%$ |
| 2 | $43,0\% \leq X < 46,0\%$ |
| 3 | $46,0\% \leq X < 50,0\%$ |
| 4 | $X \geq 50,0\%$ |

e. Fichas Desarrollo del Patrimonio Humano

➤ Perspectiva Usuario.

| | | |
|--|---|--|
| Perspectiva: Usuarios | Nombre indicador: Cumplimiento de Plan de trabajo diseñado para la incorporación del enfoque de competencias con mirada de red | Responsable: Departamento de Gestión de las Personas Nº Indicador: I.4.1 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos asegurando la calidad de las prestaciones | |
| <p>Descripción: El indicador mide el diseño e implementación de Plan de Trabajo para la incorporación del Enfoque de Competencias en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación que permita potenciar dichos ámbitos específicos de la gestión y desarrollo de recursos humanos con una mirada de red. Sus objetivos específicos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Validar y aplicar los instrumentos diagnósticos definidos por el MINSAL en las áreas de Reclutamiento, Selección y Capacitación de RRHH de los establecimientos y el modelo de gestión de RRHH existente, que permita incorporar el enfoque por competencias en ámbitos específicos de dichos procesos. → Validar indicadores definidos por el MINSAL en las áreas de gestión y desarrollo de RRHH señaladas, cuyos mejoramientos sean susceptibles de ser atribuidos a la incorporación del enfoque por competencias. → Elaborar e implementar un Plan de trabajo para la incorporación del Enfoque de Competencia en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación, por parte de ellos mismos, que recoja las distintas realidades locales detectadas en el diagnóstico. → Evaluar la ejecución del Plan de Implementación del Enfoque de Competencia en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación, para su monitoreo, retroalimentación y rediseño. → Evaluar el impacto en el mejoramiento de indicadores de gestión y desarrollo de RRHH vinculados a los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación, atribuibles a la incorporación del enfoque de competencias. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula:</p> $\left(\frac{\text{Número de actividades ejecutadas según el plan de trabajo para la incorporación del enfoque de competencias en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación en el periodo}}{\text{Total de actividades comprometidas para el diseño del plan para el periodo}} \right) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: Informes recibidos | | |
| Línea de base: Plan de Trabajo | Meta: 100 % Evaluación impacto incorporación del enfoque por competencias. | |
| Razonamiento meta: Implementar la gestión por competencias con una mirada de trabajo en red | | |
| Iniciativas: | 1. Incorporación de la Gestión por Competencias en el Modelo de Gestión de las Personas | |
| | 2. Incorporar el enfoque por competencias en proceso de Reclutamiento y de Capacitación | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|-------------------|
| 0 | X < 90% |
| 1 | 90 % ≤ X < 93,3% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100% |
| 4 | X = 100 |

➤ **Perspectiva Financiera.**

| | | |
|--|---|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: Pago oportuno a Funcionarios (as). | Responsable: Departamento de Gestión de las Personas |
| | | Nº Indicador: I.3.1 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones. | |
| Descripción: Este indicador mide como los establecimientos del Servicio de Salud desarrollan una política de mantención de las personas que trabajan en sus establecimientos, a través de establecer un plan de trabajo, que permita el pago oportuno a los Funcionarios (as) que ingresan al SSMS. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de funcionarios que ingresan en el trimestre que reciben pago de manera oportuna / Número de funcionarios que ingresan en el trimestre) x100 | | |
| Fuente de datos: Plan de trabajo con establecimientos del SSMS | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta: 95% Funcionarios que ingresan con pago a más tardar en el mes siguiente al ingreso. | |
| Razonamiento meta: Establecer procedimientos que permitan pagar oportunamente y correctamente a los Funcionarios (as) que ingresan al SSMS. Para generar el inicio de un mejoramiento en el pago oportuno, deben estar implicados todos los establecimientos del SSMS y entregados oportunamente a RRHH los documentos correspondientes. | | |
| Iniciativas: | 1. Determinar situación actual del Servicio. | |
| | 2. Generar procedimientos que nos permita disponer de los antecedentes necesarios para realizar el pago oportuno de remuneraciones. | |
| | 3. Resolución que formalice el procedimiento | |
| | 4. Difusión del procedimiento a las Jefaturas | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $x < 85,0\%$ |
| 1 | $85,0\% \leq x < 88,0\%$ |
| 2 | $88,0\% \leq x < 91,0\%$ |
| 3 | $91,0\% \leq x < 95,0\%$ |
| 4 | $x \geq 95,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Financiera | Nombre indicador: porcentaje de puestos de trabajo evaluados e intervenidos del SSMS | Responsable: Departamento Calidad de Vida Laboral Nº Indicador: I.3.2 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Mejoría de las condiciones de trabajo | |
| Descripción Este indicador mide como los establecimientos pertenecientes a este Servicio de Salud, aplicando lo establecido en el Decreto Supremo Nº 594 "reglamento sobre condiciones sanitarias ambientales básicas en los lugares de trabajo"; mejoran las condiciones de trabajo de las distintas unidades de la organización. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmulas: <ul style="list-style-type: none"> F1 = (Número puestos de trabajo evaluados en los establecimientos hospitalarios en el periodo/ Número de puestos de trabajo con solicitud de evaluación en cada establecimiento del SSMS para el periodo) x 100 F2 = (Número puestos de trabajo intervenidos en los establecimientos hospitalarios en el periodo/Número de puestos de trabajo evaluados en cada establecimiento del SSMS para el periodo) x 100 $F \text{ total} = (F1 * 0.7) + (F2 * 0.3)$ | | |
| Fuente de datos: Unidades de Prevención de riesgo, Salud Ocupacional, Comités Paritarios, Unidades de Mantención. | | |
| Línea de base: sin línea base | Meta: 90% | |
| Razonamiento meta: mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios de la organización. | | |
| Iniciativas: | 1. Levantamiento de las solicitudes de evaluación. | |
| | 2. Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento. | |
| | 3. Intervención de los puestos de trabajo evaluados que lo requieren. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $X < 70\%$ |
| 1 | $70\% \leq X < 76,6\%$ |
| 2 | $76,6\% \leq X < 83,3\%$ |
| 3 | $83,3\% \leq X < 90\%$ |
| 4 | $X \geq 90,0\%$ |

➤ **Perspectiva Procesos Internos.**

| | | |
|---|---|--|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Cumplimiento de Plan de trabajo de Acreditación Profesionales Funcionarios Ley 19.664 | Responsable: Departamento de Gestión de las Personas N° Indicador: I.2.1 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Desarrollo de la carrera funcionaria. | |
| Descripción: El indicador mide el diseño e implementación de Plan de Trabajo con construcción de bases bianuales, coordinación del procesos con establecimientos, capacitación de profesionales funcionarios obligados a acreditar o que lo realizan por excelencia, solicitud de cupos al Minsal, Resolución y envío a Toma de Razón a Contraloría General de la República, para posterior pago de aumento Asignación Experiencia Calificada, de acuerdo a lo establecido en Decreto N° 128 de 2004. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: La palabra "SI" es buena |
| Fórmula: (N° de actividades realizadas en el periodo / N° de actividades programadas al corte para el periodo) x 100 *(Actividades definidas en cronograma y medidas en forma acumulativa al corte respectivo) | | |
| Fuente de datos: Resolución Acreditación según Decreto N° 128/2004 del Servicio de Salud Metropolitano Sur | | |
| Línea de base: Plan de Trabajo | Meta: 85% | |
| Razonamiento meta: Ejecutar procesos de Carrera Funcionaria de los Profesionales Funcionarios Ley 19.664. Se requiere la Toma de Razón de Contraloría General de la República para proceder con la etapa final, que es materializar el aumento de asignación Experiencia Calificada y pago respectivo a los profesionales funcionarios del SSMS | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar realización proceso de acreditación profesionales funcionarios ley 19.664 con cada establecimiento 2. Confección y notificación a los Profesionales Obligados Acreditar y los postulantes por Excelencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur 3. Confección Resolución de Acreditación según Decreto 128/2004 del Servicio de Salud Metropolitano Sur y envío a Contraloría General de la República a Toma de Razón | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $x < 70,0\%$ |
| 1 | $70,0\% \leq x < 73,3\%$ |
| 2 | $73,3\% \leq x < 76,6\%$ |
| 3 | $76,6\% \leq x < 80\%$ |
| 4 | $X \geq 85,0\%$ |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Confiabilidad de la información de SIRH | Responsable: Departamento Gestión de las Personas |
| | | Nº Indicador: I.2.2 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS. | |
| Descripción: Este indicador mide la confiabilidad de la información disponible en SIRH relacionada a las personas que trabajan en el SSMS. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2016: Elaboración del plan de trabajo: Definición de datos críticos y metodología a aplicar. (Nº de actividades realizadas en el periodo / Nº de actividades programadas en para el periodo) x 100 • 2017-2018: Realizar actividades definidas en la metodología para el año en curso <ul style="list-style-type: none"> → F1= (Número de registros correctos en el periodo/ Número de registros auditados para el periodo) x 100 → F2= (Número de registros completos en el periodo / Número de registros auditados para el periodo) x 100 <p style="text-align: center;">F total= (F1 x 0.5) + (F2 x 0.5)</p> <p><i>La metodología deberá definir los criterios para considerar como correctos y completos los registros auditados.</i></p> | | |
| Fuente de datos: Unidad de Gestión e Información de la DSSMS, Unidad de Personal de la DSSMS y Unidades de RRHH de los establecimientos dependientes del SSMS. | | |
| Línea de base: sin línea base | Meta: 90% *Meta 2016: Definición de datos críticos y metodología a aplicar. *Meta 2017-2018: Realizar actividades definidas en la metodología para el año en curso | |
| Razonamiento meta: El plan busca definir un conjunto de datos críticos que serán auditados en el SIRH en la totalidad de los establecimientos dependientes del SSMS, definir metodología a utilizar para la auditoría y establecer un plan de mejora para corregir deficiencias detectadas. Para avanzar en la confiabilidad de la información disponible en SIRH se debe aplicar auditoría en todos los establecimientos dependientes del SSMS. | | |
| Iniciativas: | 1. Definición de conjunto de datos críticos a auditar. | |
| | 2. Definición de metodología a utilizar en la auditoría | |
| | 3. Reuniones de trabajo con los equipos de los establecimientos | |
| | 4. 4. Realizar Auditorías | |
| | 5. Establecer planes de mejora en base a resultados de auditorías. | |

| Puntuación | % de cumplimiento 2016 | % de cumplimiento 2017-2018 |
|------------|------------------------|-----------------------------|
| 0 | X < 90% | X < 75% |
| 1 | 90 % ≤ X < 93,3% | 75% ≤ X < 80% |
| 2 | 93,3% ≤ X < 96,6% | 80% ≤ X < 85% |
| 3 | 96,6% ≤ X < 100% | 85% ≤ X < 90% |
| 4 | X = 100 | X ≥ 90% |

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Procesos Internos | Nombre indicador: Entrega oportuna de beneficios. | Responsable: Departamento Gestión de las Personas |
| | | Nº Indicador: I.2.3 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores. | |
| Descripción: Este indicador mide la oportunidad en la entrega de beneficios relacionadas con el cambio de Etapa y Nivel (Acreditación) de los profesionales funcionarios regidos por la Ley 19.664. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmulas:</p> <p>(Número de profesionales funcionarios con pago oportuno ((1) por cambio de Etapa Y/O (2) por cambio de Nivel (Acreditados)) en el período / Número de profesionales funcionarios que cumplen con el requisito de ((1) por cambio de Etapa Y/O (2) por cambio de Nivel (Acreditados)) para el período) x 100</p> <p>(1) <i>A más tardar en la remuneración del mes subsiguiente a la fecha de cumplidos los requisitos y sujeto a la disponibilidad presupuestaria.</i></p> <p>(2) <i>A más tardar en la remuneración del mes subsiguiente a la recepción de la resolución tomada de razón por CGR.</i></p> | | |
| Fuente de datos: Unidad de Personal de la DSSMS y Unidades de RRHH de los establecimientos dependientes del SSMS. | | |
| Línea de base: sin línea base | Meta: $\geq 95\%$ | |
| Razonamiento meta: El porcentaje considerado se refiere a los profesionales funcionarios aprobados por resolución. | | |
| Iniciativas: | 1. Capacitación a los equipos locales | |
| | 2. Revisión mensual y validación de antecedentes | |
| | 3. Charla informativa y acompañamiento a los funcionarios en la presentación de sus antecedentes al proceso de acreditación. | |
| | 4. Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|--------------------------|
| 0 | $x < 85,0\%$ |
| 1 | $85,0\% \leq x < 88,0\%$ |
| 2 | $88,0\% \leq x < 91,0\%$ |
| 3 | $91,0\% \leq x < 95,0\%$ |
| 4 | $X \geq 95\%$ |

➤ **Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.**

| | | |
|---|--|---|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Porcentaje de capacitaciones en el Modelo RISS ejecutadas según lo programado en PAC anual. | Responsable: Unidad de Capacitación |
| | | Nº Indicador: I.1.1 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio | Objetivo: Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS de los participantes de los consejos técnicos de salud | |
| Descripción: El indicador mide las actividades de capacitación que se incorporen en el programa anual de capacitación, cuyo tema sea el Modelo RISS. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestre | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de actividades de capacitación en el Modelo RISS ejecutadas en el periodo / Número de actividades de capacitación en Modelo RISS programadas en el PAC para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos: SIRH | | |
| Línea de base: N/A | Meta: 100% de lo programado | |
| Razonamiento meta: El objetivo de este indicador es favorecer el desarrollo de competencias en directivos y/o integrantes de consejos técnicos en el desarrollo de las RISS. Una capacitación sólo se cumple una vez ejecutada. | | |
| Iniciativas: | 1. Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. | |
| | 2. Elaboración de propuesta de PAC que incluya Modelo de RISS | |
| | 3. Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación | |
| | 4. Presentación propuesta PAC al director Servicio | |
| | 5. Elaboración PAC Definitivo | |
| | 6. Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100\%$ |

| | | |
|---|--|--|
| Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo | Nombre indicador: Generar cartera de proyectos de innovación del SSMS a través de un plan anual | Responsable: Departamento de Gestión de redes |
| | | Nº Indicador: I.1.2 |
| Estrategia: Desarrollo del Patrimonio Humano | Objetivo: Generar instancias de desarrollo, para el cumplimiento de los objetivos del Servicio de Salud. | |
| Descripción: Este indicador mide como el Servicio de Salud produce espacios de desarrollo en los equipos de salud, a través de la generación de proyectos de innovación, apoyados por alguna institución. | | |
| Frecuencia de medición: Mensual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos. |
| Fórmula: (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100 | | |
| Fuente de datos: Información SSMS | | |
| Línea de base: no posee línea base | Meta: 100%. Plan anual para formular cartera de proyectos de innovación formulada en cuatro líneas de trabajo | |
| Razonamiento meta: participación de la Red del SSMS | | |
| Iniciativas: | 1. Definición tipo de proyecto | |
| | 2. Bases de concurso | |
| | 3. Convenio con Universidad | |
| | 4. Difusión | |

| Puntuación | % de cumplimiento |
|------------|---------------------------|
| 0 | $X < 90,0\%$ |
| 1 | $90,0\% \leq X < 93,3\%$ |
| 2 | $93,3\% \leq X < 96,6\%$ |
| 3 | $96,6\% \leq X < 100,0\%$ |
| 4 | $X = 100,0$ |

v. Mapa estratégico

Visión

Ser un servicio de salud comprometido, amigable y centrado en las personas, que contribuya a elevar su estado de salud y bienestar de manera participativa, coordinando equipos de trabajo intra e intersectorialmente, considerando las determinantes sociales, liderando una red de salud innovadora que entrega atención de calidad con equidad, buscando la satisfacción usuaria, que valora y reconoce a su personal, utilizando eficientemente los recursos”.

| | COORDINACIÓN DE LA RED | | PARTICIPACIÓN SOCIAL | TRATO | USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS | DESARROLLO DEL PATRIMONIO HUMANO |
|--------------------------|--|--|--|---|--|--|
| USUARIOS | Fortalecer el Modelo de Salud Familiar | Disminuir los tiempos de espera para la atención | Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria | Promover y potenciar la Política de Buen Trato | Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS. Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos, asegurando la calidad de las prestaciones |
| FINANCIERA | Optimizar las coordinaciones asegurando acceso, continuidad de la atención y fluidez | | Fortalecer el modelo de salud familiar relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y escuelas | Definir un presupuesto que facilite la política de trato del Servicio de Salud | Fortalecer el control presupuestario Ejecutar plan anual financiero del plan de inversiones | Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones Mejoría de las condiciones de trabajo |
| PROCESOS INTERNOS | Cumplir con la programación asistencial anual | Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas PPV | Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS | Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | Desarrollo de la carrera funcionaria Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores |
| APRENDIZAJE Y DESARROLLO | Cumplir las metas de cobertura IAAPS | Actualizar carteras de servicios | Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | Estandarizar los procesos de inventario y control de stock Gestión por procesos priorizados Mantener información y retroalimentación de metas financieras | Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS |
| | Fortalecer los consejos técnicos de salud | Fortalecer el proceso de implementación de la telemedicina | Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | Generar, mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua | |
| | Aumentar la resolutivez de la APS a través de capacitación gestionada y consultorías | | | | | |

vi. Mapa estratégico con indicadores asociados a cada objetivo estratégico

| Lineamiento Perspectiva | COORDINACIÓN DE LA RED | | PARTICIPACIÓN SOCIAL | | TRATO | | USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS | | DESARROLLO DEL PATRIMONIO HUMANO | |
|--|---|---------|--|---------|---|--|---|---------|---|-------|
| | Objetivo Estratégico | Nº | Objetivo Estratégico | Nº | Objetivo Estratégico | Nº | Objetivo Estratégico | Nº | Objetivo Estratégico | Nº |
| Usuario | Fortalecer el Modelo de Salud Familiar | E.4_1.1 | Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria de la Red del SSMS. | F.4_1.1 | Promover y potenciar la Política de Buen Trato | G.4.1 | Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | H.4.1 | Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos asegurando la calidad de las prestaciones | I.4.1 |
| | | E.4_1.2 | | F.4_1.2 | | | | | | |
| | Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red | E.4_2.1 | Fortalecer el modelo de salud familiar – relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y Escuelas | F.4.2 | | | Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS. | H.4.2 | | |
| | | E.4_2.2 | | | | | | | | |
| Optimizar las coordinaciones asegurando acceso, continuidad de atención y fluidez. | E.4.3 | | | | | | | | | |
| Financiera | Cumplir con la programación asistencial anual | E.3.1 | Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS | F.3.1 | Definir un presupuesto que facilite la política de trato del servicio de salud | G.3.1 | Fortalecer el control presupuestario | H.3.1 | Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones | I.3.1 |
| | Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas de PPV | E.3.2 | Fortalecer los procesos de presupuesto de participación | F.3.2 | Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | G.3.2 | Ejecutar plan anual Financiero de Inversiones | H.3.2 | Mejoría de las condiciones de trabajo | I.3.2 |
| | | | | | | Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | H.3.3 | | | |
| Procesos Internos | Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto | E.2.1 | Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | F.2.1 | Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | G.2.1 | Estandarizar los Procesos de Inventario y control de stock | H.2.1 | Desarrollo de la carrera funcionaria | I.2.1 |
| | Cumplir las metas de cobertura IAAPS | E.2.2 | | | | | Gestión por procesos priorizados | H.2.2 | | |
| | Actualizar la cartera de servicios del SSMS | E.2.3 | | | | | Mantener información y retroalimentación de metas financieras | H.2.3 | Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS | I.2.2 |
| | Fortalecimiento de la Estrategia del Sistema de Información De la Red Asistencial (SIDRA) | E.2.4 | | | | | | | Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores | I.2.3 |
| Aprendizaje y Desarrollo | Fortalecer Consejos Técnicos de Salud | E.1.1 | Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | F.1.1 | Generar, Mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | G.1.1 | Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS | H.1.1 | Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS de los participantes de los consejos técnicos de salud | I.1.1 |
| | Aumentar la Resolutividad de la APS a través de Capacitación Gestionada y consultorías | E.1.2 | | | | | Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua | H.1_2.1 | Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas | I.1.2 |
| | Fortalecer los procesos de implementación de Telemedicina | E.1_3.1 | | | | | H.1_2.2 | | | |
| | | E.1_3.2 | | | | | H.1_2.3 | | | |

ETAPA 3: PRIORIZACIÓN, FORMULACIÓN FINAL Y DIFUSIÓN

En la Etapa III se realiza la consolidación de lo realizado en las etapas previas. El mapa estratégico fue socializado en la Dirección del Servicio y enriquecido con los aportes de los asesores técnicos de los distintos departamentos. También fue presentado en reunión del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) con fecha 18 de diciembre de 2015, momento en que se realiza trabajo grupal, por lineamiento estratégico, donde se sancionan los objetivos estratégicos incorporados en esta planificación.

Se incorporan tablas en que se relacionan las iniciativas con los objetivos estratégicos e indicadores, las cuales posteriormente se priorizan por cada departamento involucrado de la Dirección del Servicio, para su posterior ejecución.

Finalmente se consolida el Cuadro de Mando Integral (CMI) del Servicio de Salud Metropolitano Sur 2016 - 2018

A. Priorización de Iniciativas por Año

Para esta sección se establecerán cuáles serán las iniciativas que dan apoyo al alcance de las estrategias definidas. Para esto realizó un levantamiento de todas las que están en implementación o pronto a implementar, se generalizan y se realiza el análisis de impacto con el objetivo estratégico que corresponda.

i. Descripción de actividad realizada

1. Reuniones con jefes de departamento para levantar las iniciativas
2. Confección de Matriz de Priorización
3. Discusión en cada equipo del servicio para priorizar las iniciativas
4. Recolección de respuestas de Priorización
5. Confección final

Listado de participantes.

| Nombre | Cargo | Función proyecto |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| Oswaldo Salgado Zepeda | Director de Servicio | Gerente |
| Carmen Aravena Cerda | Subdirectora Médica | Coordinadora |
| Alfredo Roman Marchant | Subdirector Administrativo | Profesional de apoyo |
| Máximo Gómez Lazcano | Subdirector RRHH | Profesional de apoyo |
| Hugo Ulloa | Jefe DGR | Jefe de la actividad |
| Práxedes Duarte | Jefe DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Yáñez | Jefe DTS | Profesional de apoyo |
| Ramón Vergara | DGR | Profesional de apoyo |
| Christian Vargas | DGR | Profesional de apoyo |
| Carmen Ferrada | DGR | Profesional de apoyo |
| Gerardo Cruces | DGR | Profesional de apoyo |
| Lorena Vera | DGR | Profesional de apoyo |
| Tatiana Figueroa | DGR | Profesional de apoyo |
| Pamela Vidal | DGI | Profesional de apoyo |
| Montserrat Espinoza | DGI | Profesional de apoyo |
| Jorge Pérez | DGI | Profesional de apoyo |
| Luis Valenzuela | DGI | Profesional de apoyo |
| Pedro Onell | DTS | Profesional de apoyo |
| Carlos Campos | DTS | Profesional de apoyo |
| Érica Contreras | DTS | Profesional de apoyo |
| Hugo Lazo | DTS | Profesional de apoyo |
| María Teresa González | DTS | Profesional de apoyo |
| Bert Kaempfe | DTS | Profesional de apoyo |

ii. Resultados obtenidos –

1. Tabla de Relación de objetivos versus Iniciativas, proyectos o planes de acción.

| Perspectiva | Objetivo estratégico | Iniciativas, proyectos o planes de acción | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|------------------------------|---|--|-------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| | | Conformación de Equipos de trabajo y establecimiento de reuniones planificadas. | planificación y diseño de proyectos | Gestión y control de Metas u Objetivos | Levantamiento y diseño de Procesos | Implementación de Herramientas y proyectos. | informar e integrar a la ciudadanía | informar e integrar a los funcionarios de la red SSMS | Levantamiento de necesidades | Fortalecimiento Laboral en Red del SSMS | Difusión de valores y políticas del SSMS | SIDRA | Diseño y Rediseño de la Red. | Fortalecimiento de la Red SSMS | Desarrollo de áreas Investigativas |
| USUARIO | Fortalecer el Modelo de Salud Familiar | X | X | X | | X | | | | | | | | | |
| | Disminuir los tiempos de espera para la atención en los establecimientos de la red | | | X | | | | | | | | | | | |
| | Optimizar las coordinaciones en los diversos niveles de la Red | | | X | | | | | | | | | | | |
| | Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria de la Red del SSMS. | | X | | | | X | | X | | | | | | |
| | Fortalecer el modelo de salud familiar – relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y Escuelas | | | | | | | | | X | | | | | |
| | Promover y potenciar la Política de Buen Trato | | | | | | | | | X | X | | | | |
| | Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | | | X | | | | | | | | | | | |
| | Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS. | | | | | | | | | | | X | | | |
| | Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos asegurando la calidad de las prestaciones | | | | | | | | | X | | | | | |
| FINANCIERA | Cumplir con la programación asistencial anual | X | | X | | | | | | | X | | | | |
| | Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas de PPV | | | X | | | | | | | | | | | |
| | Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS | | X | | | | | | | | | | | | |
| | Fortalecer los procesos de presupuesto de participación | X | | | X | | | | | | | | | | |
| | Definir un presupuesto que facilite la política de trato del servicio de salud | | X | | | | | | X | X | X | | | | |
| | Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | | X | X | | | | | | X | | | | X | |
| | Fortalecer el control presupuestario | | X | X | | | | | X | | | | | | |
| | Ejecutar el Plan anual de Inversiones no Presidenciales | | X | X | | | | | X | | | | | | |
| | Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | | | X | | | | | X | | | | | | |
| | Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones | | X | | X | | | | X | X | | | | | |
| Mejoría de las condiciones de trabajo | | X | X | | X | | | | X | | | | X | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROCESOS INTERNOS | Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto | | | X | | | | | | | | X | X | |
| | Cumplir las metas de cobertura IAAPS | | X | X | | | | | | | | | X | |
| | Actualizar la cartera de servicios del SSMS | | | | | | | X | | | | X | X | |
| | Fortalecimiento de la Estrategia del Sistema de Información De la Red Asistencial (SIDRA) | | | | | | | | | | X | | | |
| | Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | | | | | | | X | | X | | | X | X |
| | Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | | X | | X | X | | | | | X | | | |
| | Estandarizar los Procesos de Inventario y control de stock | | | X | X | | | X | | | | | X | |
| | Gestión por procesos priorizados | X | | | X | X | | X | | | | | | X |
| | Mantener información y retroalimentación financieras | | | X | X | X | | | | | | | | X |
| | Desarrollo de la carrera funcionaria | | X | | | | | | X | | | | | |
| | Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS | | | X | | X | | X | | | | | | X |
| | Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores | | | X | X | X | | X | | | | | | X |
| APRENDIZAJE Y DESARROLLO HUMANO | Fortalecer Consejos Técnicos de Salud | | | X | | | X | X | | X | | | X | |
| | Aumentar la Resolutividad de la APS a través de Capacitación Gestionada y consultorías | | X | X | X | | | | | | | X | X | |
| | Fortalecer los proceso de implementación de Telemedicina | | | X | X | | | | | | | X | X | |
| | Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | | | | | | X | | X | | | | | |
| | Generar, Mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | | X | X | | | X | X | X | X | | | | |
| | Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS | X | | X | | | X | | X | | | | | |
| | Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua | | | X | | X | | | | | | | | |
| | Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS de los participante de los consejos técnicos de salud | | X | | | | | X | X | X | | | | |
| Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas | | X | | | | | | | X | | | | X | |

2. Tabla de Priorización de iniciativas.

A continuación se presentaran todas las iniciativas principales levantadas trabajadas y a las cuales se les asignó un puntaje de 1 a 10 para priorizarlas de acuerdo a 5 criterios definidos. Las iniciativas que posean un puntaje mayor a 8,5 pts. Serán las priorizadas

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Generación de planes de mejora | | Supervisión de actividades del plan | | Detección dificultades en la gestión de patologías GES en los establecimientos de la red. | | Conocer las especialidades con mayor tiempo de espera | | Control de pacientes con problemas de salud evitables | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|--------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|---|------------|---|------------|---|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 7 | 1,05 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 7 | 1,05 | 7 | 1,05 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 8,9 | | 9,2 | | 9,2 | | 8,9 | | 8,9 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Cuenta Pública Participativa Anual | | Diagnóstico de la Satisfacción usuaria elaborado participativamente | | Fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo Local en Salud | | Lanzamiento de la Política de Buen Trato y sus lineamientos y Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario | | Seguimiento de las inversiones comprometidas | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|------------------------------------|------------|---|------------|--|------------|--|------------|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 8 | 1,2 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,0 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,2 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Revisión de cumplimiento de patologías GES y No Ges | | Incorporar el enfoque por competencias en proceso de Reclutamiento y de Capacitación | | Generación de comisiones dentro del SSMS para estandarización de programación a nivel primario y secundario | | Priorización de actividad anuales | | Levantamiento y Detección de Necesidades | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|---|------------|--|------------|---|------------|-----------------------------------|------------|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45,0% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 9 | 1,35 | 8 | 1,2 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 9 | 1,8 | 8 | 1,6 | 9 | 1,8 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,4 | | 9,0 | | 9,4 | | 9,2 | | 9,2 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario | | Establecer programación financiera. | | Monitoreo de proyecto. | | Diseño de Proceso de pago oportuno de remuneraciones | | Estudio de Diseño y rediseño de la red | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|--|------------|-------------------------------------|------------|------------------------|------------|--|------------|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 9 | 0,9 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 8 | 1,2 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 7 | 1,4 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,2 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,1 | | 9,0 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Plan de trabajo comunales | | Cartera de Servicio | | SIDRA | | Generar trabajo coordinado y articulado con los encargados de Participación y Promoción de cada uno de los CESFAM, relevando el componente comunitario. | | Estandarizar los procesos de Inventario | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|---------------------------|------------|---------------------|------------|------------|------------|---|------------|---|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 9 | 0,9 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 10 | 2 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 10 | 2 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,6 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,6 | | 9,3 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Levantamiento y diseño de Procesos | | Formular Proceso de información | | Confección y notificación de beneficios oportuna a los funcionarios del SSMS | | Mejorar ejecución de programas de resolutivead | | Levantamiento de necesidades, Diseño e implementación de proyectos de Telemedicina | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|------------------------------------|------------|---------------------------------|------------|--|------------|--|------------|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa. | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 9 | 1,8 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,2 | | 9,2 | | 9,4 | | 9,2 | | 9,2 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo Local en Salud | | Realizar reuniones bimensuales | | Monitorizar cumplimiento planes implementados | | Planificación y diseño de proyectos | | Seguimiento de los Informes emitidos y recibidos | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|--|------------|--------------------------------|------------|---|------------|-------------------------------------|------------|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 10 | 1,5 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 | 9 | 1,35 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 | 9 | 0,9 |
| Puntuación total | | | | 9,3 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,2 | | 9,2 | |

| Nº | Criterio | Peso | Descripción | Desarrollo de plan de investigación o innovación | |
|-------------------------|------------------------------------|-------|--|--|------------|
| | | | | Puntos | Puntuación |
| 1 | Vinculación de la estrategia | 45% | Capacidad de la iniciativa de tener un impacto positivo sobre objetivos | 10 | 4,5 |
| 2 | Costo Total | 10,0% | Costo total incluyendo mano de obra y materiales. | 8 | 0,8 |
| 3 | Recursos necesario (persona clave) | 15,0% | Personal clave que se necesita para la iniciativa, incluyendo requisitos de tiempo. | 6 | 0,9 |
| 4 | Tiempo necesario para completarse | 20,0% | Tiempo total esperado para completar la iniciativa | 6 | 1,2 |
| 5 | Dependencias | 10,0% | Impacto de otras iniciativas sobre los resultados exitosos esperados con esta iniciativa | 6 | 0,6 |
| Puntuación total | | | | 8,0 | |

B. Integración de Componentes y Formulación Final

| Línea Estratégica | Objetivo Estratégico | Código Indicador | Nombre Indicador | Fórmula | Meta 2016 | Meta 2017 | Meta 2018 | Iniciativas a ejecutar para cada año |
|------------------------|--|---|---|--|---|--|---|--|
| Coordinación de la red | Fortalecer el Modelo de Salud Familiar | E.4.1.1 | Avance en el Desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria | $(n^{\circ} \text{ de centros que cumplen con criterios de evaluación en el periodo}) / (n^{\circ} \text{ de centros Evaluados para el periodo}) \times 100$ | 90% del cumplimiento del umbral establecido para Pauta MAIS y planes de mejora. | | | Establecimiento de Grupos de miniredes desde el DTS, para apoyo y acompañamiento |
| | | | | | | | | Aplicación del Instrumento completo |
| | | | | | | | | Generación de planes de mejora por cada centro |
| | | | | | | | | Evaluación periódica del avance de los planes de mejora |
| | E.4.1.2 | Cumplimiento Plan anual de APS | $(N^{\circ} \text{ de actividades del Plan de Gestión de la Atención Primaria ejecutadas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de actividades del Plan de Gestión de la Atención Primaria definidas para el periodo}) \times 100$ | 100% | | | Generación de formatos para todos los documentos y reportes solicitados | |
| | | | | | | | Generación de formatos para todos los documentos y reportes solicitados | |
| | | | | | | | Apoyo al Modelo de salud integral en sectores con población vulnerable | |
| | | | | | | | Apoyo a la coordinación de la red asistencial con enfoque territorial (miniredes, Barros Luco Norte, Barros Luco Sur, Sur poniente, Sur oriente y Sur Sur) | |
| | E.4.2.1 | Porcentaje de Cumplimiento de Garantías de Oportunidad | $(\text{Garantías (Cumplidas + Exceptuadas + Incumplidas con evento)} / \text{Garantías (Cumplidas + Exceptuadas + Incumplidas con evento + cerradas fuera de plazo+ Retrasadas)}) \times 100$ | 100% de Cumplimiento | | | Apoyo a la formación continua de médicos en APS | |
| | | | | | | | Acompañamiento y apoyo a la gestión en el contexto del modelo de salud integral a equipos de centros de salud familiar equipos de centros de salud familiar | |
| | | | | | | | Contribuir a la toma de decisiones respecto a la gestión de patologías GES. | |
| | | | | | | | Detectar dificultades en la gestión de patologías GES en los establecimientos de la red | |
| E.4.2.2 | Promedio de espera NO GES en Consulta de especialidad | $[(\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías de Consultas de especialidad} - \text{Promedio de días de espera en el total de las patologías de Consultas de especialidad}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías de Consultas de especialidad}] \times 100$ | 6% | 10% | 10% | Alertar a los Monitores y Encargados GES del reflejo de sus gestiones respecto a patologías GES y su registro en SIGGES | | |
| | | | | | | Mejorar el registro de la información referente al GES | | |
| | | | | | | Egresar todas las personas que fueron ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año solicitado por MINSAL, para así reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad. | | |
| | | | | | | Conocer las especialidades con mayor tiempo de espera | | |
| E.4.2.3 | Promedio de espera NO GES en intervención quirúrgica. | $[(\text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas} - \text{Promedio de días de espera en el total de las patologías quirúrgicas en el periodo}) / \text{Promedio de días de espera de la línea base en el total de las patologías quirúrgicas}] \times 100$ | 6% | 10% | 10% | Conocer las especialidades con mayor número de personas en espera | | |
| | | | | | | Egresar todas las personas que fueron ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año solicitado por MINSAL, para así reducir el tiempo de espera por una Consulta Nueva de Especialidad. | | |
| | | | | | | Conocer las especialidades con mayor tiempo de espera | | |
| | | | | | | Conocer las especialidades con mayor número de personas en espera. | | |
| E.4.3 | Trazabilidad en la Red asistencial de los problemas de salud evitables priorizados | $(\text{Total de egresos con seguimiento en APS, antes de 15 días de pacientes con epicrisis enviada a la APS, con patologías trazadoras en el periodo} / \text{Total de egresos en patologías trazadoras con epicrisis enviada a la APS para el periodo}) \times 100$ | 70% | | | Control de pacientes con problemas de salud evitables | | |
| | | | | | | Mejor gestión de recursos de estas prestaciones | | |
| | | | | | | Seguimiento de los pacientes, continuidad del cuidado | | |
| | | | | | | Divulgación de norma ministerial | | |

| | | | | | | |
|---|---------|---|--|---|----------------------------|---|
| Cumplir con la programación asistencial anual | E.3.1 | Cumplimiento de la programación asistencial anual | [(Nº de consultas de Morbilidad Atención Primaria en el periodo/ Nº de consultas de Morbilidad Atención Primaria programadas para el periodo) x 50] + [(Nº de consultas de Especialidades en nivel secundario en el periodo/ Nº de consultas de Especialidades en nivel secundario programadas para el periodo) x 50] | 95% | | Generación de comisiones dentro del SSMS para estandarización de programación a nivel primario y secundario y reuniones con ambos niveles |
| | | | | | | Generación de Comisión de trabajo para el análisis de la tendencia de morbilidad en APS con participación de toda la red. |
| | | | | | | Divulgación de resultados mediante informes y reuniones con la Red, tanto en CIRA ampliados, reuniones de MicroRed, reuniones con Directores comunales y de Centro en la APS. |
| | | | | | | Actividades de Supervisión según resultados obtenidos en evaluación, tanto a nivel de APS, como secundario y hospitales. |
| Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas de PPV | E.3.2 | Monitoreo de registro y ejecución de Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) | (Número de prestaciones efectivamente realizadas en el periodo / Número de prestaciones comprometidas para el periodo) x 100% | ≥ 95% | | Programación y Reprogramación |
| | | | | | | Validación en fuentes nacionales |
| | | | | | | Informe de facturación mensual |
| Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto | E.2.1 | Cumplimiento del Plan anual de actualización de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia. | (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100 | 100% | | Diseño y Rediseño de la Red. |
| | | | | | | Gestión Lista de espera |
| | | | | | | Articulación de la red asistencial |
| Cumplir las metas de cobertura IAAPS | E.2.2 | Índice de Actividad de Atención Primaria | Porcentaje de cumplimiento de metas componente actividad general $\sum((\text{Indicador } 1) * \text{ponderador meta } 1 + \dots + \text{Indicador } 13) * \text{ponderador meta } 13)$ | ≥ 90,0% | | Evaluación mensual de indicadores de la actividad General. |
| | | | | | | Envío de reporte de cumplimiento a Directores de Salud Comunal. |
| | | | | | | Plan de mejoras en comunas con incumplimiento o riesgo de incumplimiento, para evitar rebajas en el aporte estatal a municipalidades. |
| Actualizar la cartera de servicios del SSMS | E.2.3 | Cumplimiento actualización de cartera de servicio del SSMS. | (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100 | Actualización en un 100% Cartera de Servicios del Servicio Metropolitano Sur. | | Diseño y rediseño de la Red. |
| | | | | | | Calidad asistencial. |
| | | | | | | Pre inversión Hospitalaria. |
| Fortalecimiento de la Estrategia del Sistema de Información De la Red Asistencial (SIDRA) | E.2.4 | Porcentaje de Implementación SIDRA | (Nº de servicios clínicos, unidades o departamentos en los que se implementa SIDRA en el periodo/ Nº de servicios clínicos, unidades o departamentos planificados a implementar SIDRA para el periodo) x100 | 90% | | Implementación de sistema SIDRA |
| | | | | | | Mejorar la completitud del Registro Clínico Electrónico |
| | | | | | | Utilizar información para la gestión Clínica/Asistencial |
| Fortalecer Consejos Técnicos de Salud | E.1.1 | Cumplimiento Plan de trabajo consejo GES | F2= (Actividades programadas en el periodo/actividades realizadas en el periodo a evaluar) x 100 | 100% | | Actualización continua en gestión clínica y registro |
| | | | | | | Reuniones de consejo GES |
| | | | | | | Detección de nodos críticos en gestión clínico administrativa |
| Aumentar la Resolutividad de la APS a través de Capacitación Gestionada y consultorías | E.1.2 | Plan de formulación de curso online de inducción para médicos de APS, en el ámbito de patologías prevalentes. | (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x100 | 100% formulación del curso | 100% Actividades del curso | Gestión lista de espera. |
| | | | | | | Programas Resolutividad. |
| | | | | | | Fortalecimiento de la Red con enfoque integrado. |
| Fortalecer los procesos de implementación de Telemedicina | E.1.3.1 | Plan de diseño de estrategia de Telemedicina para especialidades de LECNE. | (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100 | 100% | | Innovación y mejora de los procesos asistenciales. |
| | | | | | | Disminución de las inequidades en salud. |
| | E.1.3.2 | Levantamiento y rediseño de procesos de Telemedicina | AÑO 2016 (Nº de procesos levantados en el periodo/Nº de procesos programados para el periodo) x 100 AÑO 2017-2018 (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100. | 100% | | Innovación y mejora de los procesos asistenciales. |
| | | | | | | Disminución de las inequidades en salud. |
| | | | | | | Fortalecimiento de la red asistencial. |

| Línea Estratégica | Objetivo Estratégico | Código Indicador | Nombre Indicador | Fórmula | Meta 2016 | Meta 2017 | Meta 2018 | Iniciativas a ejecutar para cada año |
|----------------------|--|------------------|--|---|-----------|-----------|-----------|---|
| Participación Social | Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria de la Red del SSMS. | F.4_1.1 | Mecanismos de participación y control social | (N° de mecanismos ejecutados en el periodo/ N° de mecanismos planificados para el periodo) x 100% | | ≥ 90% | | Implementación de mecanismos de participación y control social |
| | | F.4_1.2 | Actividades orientadas a generar y/o fortalecer mecanismos que contribuyan a la satisfacción usuaria. | (Número de actividades implementadas en el periodo/ N° total de actividades comprometidas para el periodo) x 100 | | ≥ 90% | | Diagnóstico a nivel de APS y Hospitales respecto a Constitución y Funcionamiento de los Comités de Gestión Usuaría Asesoría y/o capacitación a los comités de gestión ciudadana para el desarrollo adecuado de su función en el marco del plan cuatrienal de satisfacción usuaria de cada establecimiento. |
| | Fortalecer el modelo de salud familiar – relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y Escuelas | F.4.2 | Actividades dirigidas a visibilizar y fortalecer el enfoque de participación y promoción social como eje transversal del Modelo de Salud Familiar | (Número de actividades desarrolladas en el periodo / N° total de actividades comprometidas para el periodo) x 100 | | ≥ 90% | | Desarrollo de acciones orientadas a la reflexión, desarrollo y expansión de capacidades en Participación Social en Salud como enfoque transversal del modelo de salud familiar. |
| | Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS | F.3.1 | N° de actividades priorizadas que cuentan con financiamiento para promover y fortalecer la participación social en salud. | (N° de actividades priorizadas del Plan de Participación en el periodo/ N° total de actividades priorizadas ejecutadas del Plan de Participación para el periodo) X 100 | | 100% | | Presentar, asignar presupuesto y ejecutar el plan de actividades priorizado de la Unidad de Participación. |
| | Fortalecer los procesos de presupuesto de participación | F.3.2 | Promover procesos para la instalación progresiva de presupuestos participativos | (N° de actividades desarrolladas o implementadas en el periodo / N° total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) x 100 | | 100% | | Definir una propuesta metodológica, técnica y financiera para la implementación de Presupuestos Participativos en el SSMS, con aplicación, seguimiento y evaluación a partir del 2017. |
| | Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad | F.2.1 | Actividades que promuevan reflexión y compromiso en torno a la formulación de Planes de Salud con enfoque de determinantes sociales. | (Número de actividades desarrolladas o implementadas en el periodo / N° total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) x 100 | | ≥ 90% | | Implementar instancia y encuentros orientados a aprender, analizar y motivar la Planificación integrada con enfoque de Determinantes Sociales de Salud a nivel local. |
| | Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS | F.1.1 | Actividades orientadas a promover encuentros que fortalezcan competencias, habilidades y prácticas en el ejercicio de liderazgos con impacto sanitario | (Número de actividades desarrolladas o implementadas en el periodo/ N° total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar para el periodo) x 100. | | ≥ 90% | | Implementar actividades que promuevan encuentros, aprendizajes, fortalecimiento de competencias y prácticas en el ejercicio de liderazgos con impacto sanitario. |

| Línea Estratégica | Objetivo Estratégico | Código Indicador | Nombre Indicador | Fórmula | | Meta 2016 | Meta 2017 | Meta 2018 | Iniciativas a ejecutar para cada año |
|---|--|---|---|---|--------------------------------|--------------------------------|--|---|--|
| Trato | Promover y potenciar la Política de Buen Trato | G.4.1 | Plan de trabajo Política del Buen Trato | F1= (Número de planes presentados en el periodo / Número de planes programados para el periodo) x 100 F2= (Número de actividades realizadas en el periodo / Número de actividades comprometidas para el periodo) x 100 | F total (F1x0,5) + (F2x0,5) | 100% | | | Prestación del plan De reconocimiento Política de capacitación y formación en el buen trato a los usuarios De cumplimiento del instructivo presidencial sobre buenas prácticas laborales (IP) En una segunda etapa (año 2018), se difundirán los lineamientos de la Política de Buen Trato del SSMS a la APS, para que cada establecimiento de la APS desarrolle su propia política, con apoyo del SSMS. |
| | Definir un presupuesto que facilite la política de trato del servicio de salud | G.3.1 | Porcentaje de ejecución de presupuesto asignado para capacitación en Buen trato | (Total de Glosa de capacitación en Buen trato al usuario (interno/externo) ejecutada según lo programado en el PAC en el periodo / Total de Glosa de capacitación en buen trato al usuario (interno/externo) programados en el PAC para el periodo) x 100 | | ≥ 90% | | | Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación. Presentación propuesta PAC al director Servicio. Elaboración PAC Definitivo Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. |
| | Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público | G.3.2 | Evaluación puestos de trabajo Unidades de atención directa de público de admisión hospitalaria. | AÑO 2016 F0= (N° de actividades ejecutadas en el periodo/N° total de actividades programadas para el periodo) x 100 | | F total (F1x0,7) + (F2x0,3) | En el año 2016 se determinará a la línea base. | Intervención del 100 % de los puestos de trabajo evaluados y priorizados | Levantamiento de los puestos trabajo de atención directa de público Evaluación de los puestos de trabajo priorizados. Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento. Programación de la intervención de los puestos de trabajos. |
| | | | | AÑO 2017-2018 | | | | | |
| | | | | F1= (Número puestos de trabajo de admisiones priorizados evaluados en el periodo / Total de puestos de admisiones priorizados en Establecimientos hospitalarios del SSMS para el periodo) x 100. F2= (Número puestos de trabajo de admisiones intervenidos en el periodo/Total de puestos de admisiones priorizados en Establecimientos hospitalarios del SSMS para el periodo) x 100. | | | | | |
| Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales | G.2.1 | Gestión oportuna, para acoso laboral y sexual SSMS | (Número de denuncias que inician proceso antes de 15 días hábiles en el periodo / Total de denuncias recibidas para el periodo) x 100 | | 100% | | | Socializar el reglamento y flujo aprobado por resolución Aplicar el reglamento y flujo aprobado por resolución Crear sistema de registro y seguimiento de las denuncias de acoso recibidos Generar informes trimestrales. | |
| Generar, Mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios | G.1.1 | Porcentaje de capacitaciones en trato al usuario (interno-externo) ejecutadas según lo programado en PAC anual. | (Número de actividades de capacitación en Buen trato al usuario (interno/externo) ejecutadas del programa PAC en el periodo / Número total de actividades en buen trato al usuario (interno/externo) programadas en el PAC para el periodo) x 100 | | 100% | | | Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. Elaboración de propuesta de PAC que incluya trato al usuario Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación Presentación propuesta PAC al director Servicio Elaboración PAC Definitivo Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. Incorporar en orientaciones de formulación de PAC anual de APS, el lineamiento estratégico “Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario | |

| Línea Estratégica | Objetivo Estratégico | Código Indicador | Nombre Indicador | Fórmula | Meta 2016 | Meta 2017 | Meta 2018 | Iniciativas a ejecutar para cada año |
|-------------------------------|---|------------------|---|---|-----------|---------------|-----------|---|
| Uso Eficiente de los Recursos | Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | H.4.1 | Porcentaje de Cumplimiento de las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones | $(\text{Número de actividades del cronograma de la cartera de inversiones anunciada por la Presidenta de la República, ejecutadas en el periodo} / \text{Número total de actividades programadas en el cronograma de la cartera de inversiones anunciada por la Presidenta de la República para el periodo}) \times 100.$ | | 90% | | Seguimiento de las inversiones comprometidas Compromiso del nivel central respecto a necesidades de la red. |
| | Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS. | H.4.2 | Supervisar y auditar Fichas de pacientes GES y no GES de APS y Nivel Secundario. | $(\text{N}^\circ \text{ total de fichas evaluadas que cumplen protocolos en el periodo} / \text{n}^\circ \text{ de fichas evaluadas para el periodo}) \times 100$ | | $\geq a 80\%$ | | Generar protocolo de revisión (Segundo trimestre 2016) Generar línea base para auditoría (Tercer trimestre 2016) Realización de plan de mejora (Cuarto Trimestre 2016) Realización de auditoría de HTA y DMT2 Generar línea base para auditoría con una patología nueva |
| | Fortalecer el control presupuestario | H.3.1 | Regla de equilibrio financiero | $(\text{Gastos Operacionales Devengados en el periodo} / \text{Ingresos Operacionales Percibidos para el periodo})$ | | ≤ 1 | | Establecer un presupuesto acorde a los ingresos Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. Establecer políticas de contención de gastos. |
| | Ejecutar el Plan anual de Inversiones no Presidenciales | H.3.2 | Ejecución financiera del plan anual de Inversiones | $\text{Devengo del gasto} / \text{Presupuesto de Inversión Decretado} \times 100$ | | 100% | | Establecer un presupuesto acorde a los ingresos. Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. Establecer políticas de contención de gastos. |
| | Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco | H.3.3 | Porcentaje de Compras vía Licitación Tipo L1 y Trato Directo | $[(\text{Número de licitaciones L1 en el periodo} / \text{Total de licitaciones en el periodo} \times 0,5) + (\text{Número de órdenes de compra vía Trato Directo en el periodo} / \text{Total de órdenes de compra en el periodo} \times 0,5)] \times 100$ | | $\leq 20\%$ | | Utilizar plan de compras institucional como herramienta de gestión y realizar programación de adquisición de bienes y/o servicios. Validar cumplimiento de parámetros para los oferentes. Identificar nodos críticos en los procesos de adquisiciones e implementar planes de mejora. |
| | Estandarizar los Procesos de Inventario y control de stock | H.2.1 | Monitoreo de Inventarios | $((\text{N}^\circ \text{ de Muestras Productos en Bodega Fiscalizados} / 4) \times 0,5) + ((\text{N}^\circ \text{ Muestra de Planchetas Fiscalizadas} / 4) \times 0,5) \times 100$ | | 100% | | Controlar las bodegas de inventarios Velar por el correcto uso y cuidado de activos fijos Modernizar los controles de inventarios |
| | Gestión por procesos priorizados | H.2.2 | Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo de Gestión por Procesos | $(\text{N}^\circ \text{ actividades del plan de trabajo realizada en el periodo}) / (\text{N}^\circ \text{ total de actividades programadas para el periodo}) \times 100$ | | 100% | | Capacitación Entrevistas (al menos un representante por departamento) Generación de documentos de procesos Análisis de documentos e información Asesoría gestión de procesos |
| | Mantener información y retroalimentación financieras | H.2.3 | Envío de información Financiera al Nivel Central | $((\text{Cantidad de Informes entregados} \times 0,8) + (\text{Cantidad de Informes entregados Oportunamente} \times 0,2)) / \text{Cantidad de Informes Solicitados} \times 100$ | | 100% | | Cumplir con los plazos designados por FONASA Generar alertas en relación al comportamiento financiero. Cumplir con formatos Solicitados por FONASA.. Cumplir con la ejecución financiera |
| | Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS | H.1.1 | Cumplimiento de Actividades Programadas en APS | $F1 = (\text{Informes comunales emitidos en el periodo} / \text{Total de comunas dependientes para el periodo}) \times 100$ $F2 = (\text{Informes de transparencia emitidos en el periodo} / \text{Total de Informes de transparencia para el periodo}) \times 100$ $F3 = (\text{Informes de transferencias emitidos en el periodo} / \text{Total de Informes de transferencias para el periodo}) \times 100$ Formula total= $(F1 \times 0,3) + (F2 \times 0,3) + (F3 \times 0,4)$ | | 100% | | Programa de Reforzamiento, Trimestral Informe de Transparencia Activa, Mensual Informe de Transferencia por Periodo, CGR, Trimestral |
| | Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua | H.1_2.1 | Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Auditoría | $(\text{N}^\circ \text{ de auditorías realizadas por el departamento de auditoría en el periodo} / \text{Total de auditorías programadas en el plan anual de auditoría del departamento de auditoría para el periodo}) \times 100$ | | 100% | | Tener un sistema de monitoreo y evaluación del plan anual de auditoría. Control por parte del equipo directivo del cumplimiento y de la notificación de las auditorías a los auditados |
| | | H.1_2.2 | Respuestas a Informes de Contraloría General de la República. | $(\text{N}^\circ \text{ de informes de CGR respondidos oportunamente en el periodo} / \text{Total de informes de CGR a responder para el periodo}) \times 100$ | | 100% | | Tener un sistema local de monitoreo y evaluación de las respuestas enviadas a Contraloría General de la República. |
| | | H.1_2.3 | Resolución de observaciones de informes de Contraloría | $(\text{N}^\circ \text{ de observaciones de informes de Contraloría resueltos} / \text{Total de observaciones presentes en los informes de Contraloría para el periodo}) \times 100$ | | $> 50\%$ | | Contribuir a la mejora continua de los procesos auditados por la Contraloría. Utilizar el conocimiento adquirido para la mejora de otros procesos similares a los auditados Tener un sistema de monitoreo y evaluación de las observaciones resueltas. |

| Líneas Estratégica | Objetivo Estratégico | Código Indicador | Nombre Indicador | Fórmula | Meta 2016 | Meta 2017 | Meta 2018 | Iniciativas a ejecutar para cada año |
|----------------------------------|---|------------------|--|--|---------------------------------|-----------|-----------|--|
| Desarrollo del Patrimonio Humano | Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos asegurando la calidad de las prestaciones | I.4.1 | Cumplimiento de Plan de trabajo diseñado para la incorporación del enfoque de competencias con mirada de red | (Número de actividades ejecutadas según el plan de trabajo para la incorporación del enfoque de competencias en los procesos de Reclutamiento, Selección y Capacitación en el periodo / Total de actividades comprometidas para el diseño del plan para el periodo) x 100 | 100% | | | Incorporación de la Gestión por Competencias en el Modelo de Gestión de las Persona Incorporar el enfoque por competencias en proceso de Reclutamiento y de Capacitación |
| | Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones | I.3.1 | Pago oportuno a Funcionarios (as). | (Número de funcionarios que ingresan en el trimestre que reciben pago de manera oportuna / Número de funcionarios que ingresan en el trimestre) x100 | 95% | | | Determinar situación actual del Servicio. Generar procedimientos que nos permita disponer de los antecedentes necesarios para realizar el pago oportuno de remuneraciones Resolución que formalice el procedimiento Difusión del procedimiento a las Jefaturas |
| | Mejoría de las condiciones de trabajo | I.3.2 | Porcentaje de puestos de trabajo Evaluados e intervenidos del SSMS | F1= (Número puestos de trabajo evaluados en los establecimientos hospitalarios en el periodo/ Número de puestos de trabajo con solicitud de evaluación en cada establecimiento. del SSMS para el periodo) x 100 F2= (Número puestos de trabajo intervenidos en los establecimientos hospitalarios en el periodo/Número de puestos de trabajo evaluados en cada establecimiento. del SSMS para el periodo) x 100 | F total (F1 x 0.7) + (F2 x 0.3) | N/A | 90% | Levantamiento de las solicitudes de evaluación. Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento. Intervención de los puestos de trabajo evaluados que lo requieren |
| | Desarrollo de la carrera funcionaria | I.2.1 | Cumplimiento de Plan de trabajo de Acreditación Profesionales Funcionarios Ley 19.664 | (Nº de actividades realizadas en el periodo / Nº de actividades programadas al corte para el) x 100 | 85% | | | Coordinar realización proceso de acreditación profesionales funcionarios ley 19.664 con cada establecimiento Confeción y notificación a los Profesionales Obligados Acreditar y los postulantes por Excelencia del Servicio de Salud Metropolitano Sur Confeción Resolución de Acreditación según Decreto 128/2004 del Servicio de Salud Metropolitano Sur y envío a Contraloría General de la República a Toma de Razón |
| | Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS | I.2.2 | Confiabilidad de la información de SIRH | AÑO 2016 (Nº de actividades realizadas en el periodo / Nº de actividades programadas en para el periodo) x 100 AÑO 2017-2018 F total= (F1 x 0.5) + (F2 x 0.5) | 100% | | | Definición de conjunto de datos críticos a auditar Definición de metodología a utilizar en la auditoría Reuniones de trabajo con los equipos de los establecimientos Realizar Auditorías Establecer planes de mejora en base a resultados de auditorías. |
| | Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores | I.2.3 | Entrega oportuna de beneficios. | [Número de profesionales funcionarios con pago oportuno ((1) por cambio de Etapa Y/O (2) por cambio de Nivel (Acreditados)) en el periodo / Número de profesionales funcionarios que cumplen con el requisito de ((1) por cambio de Etapa Y/O (2) por cambio de Nivel (Acreditados)) para el periodo] x 100 | 95% | | | Capacitación a los equipos locales Revisión mensual y validación de antecedentes Charla informativa y acompañamiento a los funcionarios en la presentación de sus antecedentes al proceso de acreditación Valorización y gestión del presupuesto necesario para materializar el mejoramiento |
| | Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS de los participantes de los consejos técnicos de salud | I.1.1 | Porcentaje de capacitaciones en el Modelo RISS ejecutadas según lo programado en PAC anual | (Número de actividades de capacitación en el Modelo RISS ejecutadas en el periodo / Número de actividades de capacitación en Modelo RISS programadas en el PAC para el periodo)) x 100 | 100% | | | Detección de Necesidades a partir de Agosto – Septiembre de cada año. Elaboración de propuesta de PAC que incluya Modelo de RISS Presentación de propuesta de PAC a Comité Bipartito de Capacitación Presentación propuesta PAC al director Servicio Elaboración PAC Definitivo Resolución PAC definitivo y envío a MINSAL en fechas indicadas por el mismo. |
| | Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas | I.1.2 | Generar cartera de proyectos de innovación del SSMS a través de un plan anual | (Nº de actividades realizadas en el periodo/Nº de actividades programadas para el periodo) x 100 | 100% | | | Definición tipo de proyecto Bases de concurso Convenio con Universidad Difusión |

C. Aprobación y Difusión

Tras terminar de formular el cuadro de mando integral se obtiene finalmente en conjunto a esto nuestro Mapa Estratégico y la planificación estratégica del SSMS 2016-2018 plasmado en el presente documento.

El 18 de diciembre del 2015 en el Consejo Integrador de la red asistencial (CIRA) se da a conocer, en una primera instancia, la Planificación Estratégica y el mapa estratégico del SSMS 2016-2018. El cual es un complejo ampliado donde actúan todos los actores relevantes de la red, como directores de hospitales, directores y funcionarios de los centros de salud familiar, representantes de los municipios, representantes gremiales, etc.

Finalmente durante el año 2016 se inicia el proceso de difusión a la red de establecimientos del SSMS.

D. Cumplimiento

Cerrado el proceso de formulación, se inicia el proceso de monitoreo y vigilancia del cumplimiento de esta planificación, para lo cual el Minsal ha dispuesto la herramienta informática SIS-Q, en la cual se implementa el cuadro de mando integral antes presentado.

A partir del mes de octubre y tras la integración de los indicadores al CMI del SIS-Q, es que mensualmente el encargado de registro deberá subir los resultados de cada indicador entre los días 10 y 20 de cada mes.

La validación y verificación del cumplimiento en cada medición se hará a través de la entrega de un certificado de cumplimiento, el cual poseerá el formato del anexo 4, junto con los medios de verificación mencionados en la ficha.

El responsable del indicador deberá velar por el cumplimiento, entrega de certificados, verificables y que los registros se realicen en los plazos establecidos.

ANEXOS

Anexo 1

Mail de difusión el cual da cuenta de la presentación de la planificación estratégica ante la red en el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) el 18 de diciembre del 2015.



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

te informa

Informativo Especial

diciembre 2015

Departamento Gestión de las Comunicaciones

Dando cuenta de los avances y desafíos del periodo:

CONSEJO INTEGRADOR DE LA RED ASISTENCIAL (CIRA) REALIZÓ SU ÚLTIMA REUNIÓN DEL AÑO

La cita tuvo lugar la mañana del pasado viernes y vino a cerrar el trabajo desarrollado por nuestra Red durante el 2015 en términos de Compromisos de Gestión, como también en lo relativo al proceso de Planificación Estratégica que guiará el accionar de la organización en el corto y mediano plazo.

El viernes 18 de diciembre se realizó la última reunión anual del CIRA, entidad que reúne regularmente a representantes de la comunidad, de los municipios y a directivos de nuestros establecimientos, con miras a una mejor coordinación e integración de nuestra Red Asistencial. El encuentro se realizó entre las 9 y 12 hrs. en el auditorio Dr. Mario Salcedo de la Dirección de Servicio, consistiendo en una serie de presentaciones expositivas y un trabajo grupal cuyos resultados se compartieron al cierre de la jornada.

La bienvenida estuvo a cargo del Director del SSMS, Dr. Osvaldo Salgado, quien enfatizó la presencia de la comunidad y representantes municipales en la cita. Luego la Subdirectora Médica, Dra. Carmen Aravena, presentó en detalle los avances en los Compromisos de Gestión N°13 y N°18, sobre "Plan Cuatrienal de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría" y "Plan de Trabajo SIDRA 2015 – 2018" respectivamente. Finalizó su intervención repasando de manera general las evaluaciones obtenidas en los 25 Compromisos de Gestión suscritos con el Minsal.

Tras la presentación de la Dra. Aravena, el Dr. Salgado retomó la palabra para referirse al cierre del proceso de Planificación Estratégica desarrollada por el Servicio, realizando alcances respecto a su construcción y las actividades que



Durante su saludo de bienvenida el Dr. Salgado agradeció y destacó particularmente la masiva presencia de la comunidad y de representantes comunales.



La Dra. Aravena repasó en detalle los Compromisos de Gestión N°13 y N°18.

contempló desde que fuera iniciada en 2014. Durante su presentación dio a conocer la nueva Misión y Visión del Servicio, los valores y orientaciones estratégicas de la organización, como también los enfoques que incluye: desde los usuarios, la perspectiva financiera, los procesos internos y el aprendizaje y desarrollo.

La cita finalizó con reflexiones grupales respecto a las acciones contempladas en las cinco orientaciones estratégicas contempladas en el Mapa Estratégico: Coordinación de la Red, Participación Social, Trato, Uso Eficiente de los Recursos y Desarrollo del Patrimonio Humano.

Misión

“Somos una red de salud integrada cuyo objetivo principal es lograr el mejor impacto en la salud de nuestra población asignada, con un trabajo coordinado y centrado en las necesidades de nuestros usuarios, a través de acciones de fomento, protección, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidado continuos durante todo el ciclo vital, fomentando la participación social, el desarrollo de las personas que trabajan en la organización, la equidad y el uso eficiente de los recursos de la red.”

Visión

“Ser un servicio de salud comprometido, amigable y centrado en las personas, que contribuya a elevar su estado de salud y bienestar de manera participativa, coordinando equipos de trabajo intra e intersectorialmente, considerando las determinantes sociales, liderando una red de salud innovadora que entrega atención de calidad con equidad, buscando la satisfacción usuaria, que valora y reconoce a su personal, utilizando eficientemente los recursos”.

Valores

- ❖ **Atención primaria como eje orientador:** El énfasis está puesto en el primer nivel de atención, con enfoque en el Modelo de Salud Familiar, en promoción y prevención como elementos importantes en el enfrentamiento a los problemas de salud.
- ❖ **Equidad:** Mejorar la equidad en el acceso a la salud de nuestros usuarios y que este acceso sea de acuerdo a la necesidad, no de acuerdo a otros factores externos. Que todos nuestros usuarios reciban la atención que necesitan con dignidad, oportunidad y calidad.
- ❖ **Participación social:** La importancia de la participación activa de la comunidad organizada como agente de su propio proceso de salud y agente de cambio.
- ❖ **Excelencia en el cuidado y la gestión:** Que nuestros procesos estén marcados por estar centrados en nuestros usuarios, con un enfoque en la calidad de las atenciones entregadas, con oportunidad.
- ❖ **Buen trato con nuestros usuarios y entre nosotros:** Un trato humano, respetuoso, cuidando de resguardar siempre la dignidad y los derechos de nuestros usuarios y entre todos quienes formamos parte del Servicio.
- ❖ **Eficiencia:** Cuidado en el uso de los recursos disponibles para alcanzar al máximo posible de nuestros usuarios, cuidando que estos recursos no sean mal usados.
- ❖ **Probidad:** Apego estricto a la ética pública, evitando cualquier actuación que esté fuera de la responsabilidad y las normativas que rigen la función de todos los funcionarios públicos en su quehacer.
- ❖ **Transparencia:** Disposición permanente a rendir cuenta de nuestra función ante la ciudadanía o los organismos que requieran conocimiento sobre nuestros actos.
- ❖ **Claridad en los procesos:** Estar siempre atentos a mejorar nuestro quehacer a través de la revisión constante de nuestras prácticas y el cómo las realizamos.
- ❖ **Innovación:** Siempre persistir en la búsqueda de nuevas iniciativas y actualización permanente en la forma en que realizamos nuestra labor, en vista a una mejora continua.



Integrantes Grupo de Coordinación de la Red.



Integrantes Grupo de Participación Social.



Integrantes Grupo Uso Eficiente de los Recursos.



Integrantes Grupo Desarrollo del Patrimonio Humano.



Integrantes Grupo Trato.

MAPA ESTRATÉGICO

| | COORDINACIÓN DE LA RED | PARTICIPACIÓN SOCIAL | TRATO | USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS | DESARROLLO DEL PATRIMONIO HUMANO |
|--------------------------|--|--|---|---|---|
| USUARIOS | <p>Fortalecer el Modelo de Salud Familiar</p> <p>Disminuir los tiempos de espera para la atención</p> <p>Optimizar las coordinaciones asegurando acceso, continuidad de la atención y fluidez</p> | <p>Promover y fortalecer la participación social en salud y satisfacción usuaria</p> <p>Fortalecer el modelo de salud familiar relevando la participación social y la promoción desde el intersector, incluyendo a la comunidad y escuelas</p> | <p>Promover y potenciar la Política de Buen Trato</p> | <p>Avanzar en la entrega de prestaciones y servicio según protocolos acordados en la red de establecimientos del SSMS.</p> <p>Cumplir las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones</p> | <p>Avanzar en el cierre de brechas de RRHH, tanto por el reclutamiento como por la mantención de estos, asegurando la calidad de las prestaciones</p> |
| FINANCIERA | <p>Cumplir con la programación asistencial anual</p> <p>Controlar la ejecución de los recursos financieros asociados a los programas PPV</p> | <p>Apoyo al financiamiento de las iniciativas de participación social priorizadas por el SSMS</p> <p>Fortalecer procesos de presupuestos participativos</p> | <p>Definir un presupuesto que facilite la política de trato del Servicio de Salud</p> <p>Mejoría de las condiciones de trabajo de las unidades de atención directa de público</p> | <p>Fortalecer el control presupuestario</p> <p>Ejecutar plan anual financiero del plan de inversiones</p> <p>Estandarizar y optimizar los sistemas de compras vía Licitación y Convenio Marco</p> | <p>Avanzar en la mejoría de los procesos de pago oportuno de remuneraciones</p> <p>Mejoría de las condiciones de trabajo</p> |
| PROCESOS INTERNOS | <p>Cumplir las metas de cobertura IAAPS</p> <p>Actualizar carteras de servicios</p> <p>Fortalecimiento de la Estrategia SIDRA</p> <p>Planificar en la Red para abordar el problema de salud, construyendo protocolos en conjunto</p> | <p>Trabajar planes Locales de Salud con todos los actores para contribuir a modificar los determinantes sociales de la salud y la inequidad</p> | <p>Facilitar el cumplimiento de los lineamientos estratégicos del código de buenas prácticas laborales</p> | <p>Estandarizar los procesos de inventario y control de stock</p> <p>Gestión por procesos priorizados</p> <p>Mantener información y retroalimentación de metas financieras</p> | <p>Desarrollo de la carrera funcionaria</p> <p>Mejorar los procesos de entrega de beneficios a los trabajadores</p> <p>Avanzar en la confiabilidad de la información relacionada a las personas que trabajan en el SSMS</p> |
| APRENDIZAJE Y DESARROLLO | <p>Fortalecer consejos técnicos de salud</p> <p>Fortalecer el proceso de implementación de la telemedicina</p> <p>Aumentar la resolutivez de la APS a través de capacitación gestionada y consultorías</p> | <p>Promover conocimientos y beneficios de un buen liderazgo en los representantes comunitarios y gremiales del SSMS</p> | <p>Generar, mantener y potenciar capacitaciones enmarcadas en el Buen Trato a usuarios</p> | <p>Fortalecer las habilidades de los profesionales para la optimización de la gestión financiera de la red SSMS</p> <p>Fortalecer el proceso de Auditoría como una mejora continua</p> | <p>Generar alianzas estratégicas para innovar en la forma de hacer las cosas</p> <p>Fortalecer las competencias en desarrollo y gestión de RISS</p> |



www.ssms.cl
<https://www.facebook.com/SSMetropolitanoSur>
<http://www.pinterest.com/cssms/>
<https://twitter.com/RedSSMS>
<https://www.youtube.com/user/SSMSUR>

Para comentarios y/o sugerencias, favor escribanos a: comunicaciones.ssms@redsalud.gob.cl ó monicag.rojas@redsalud.gob.cl

Anexo 2

Resolución de aprobación por Director del SS con los nombre “Resolución 3032 aprueba Planificación estratégica 2016 a 2018” y “Planificación Estratégica del SSMS 2016-2018_anexo resolución”.



DEPARTAMENTO ASESORIA JURIDICA
 Nº 1470
 REF: 1816/15
 PFC/PP

RESOLUCION EX. Nº 3032 /

SAN MIGUEL, 30 DIC 2015

VISTOS:

Las necesidades del servicio; Memorandum Nº 37 de 30 de diciembre de 2015 de la Directora (S) al Departamento de Asesoría Jurídica, solicitando dictar Resolución que indica; El texto actualizado de la Resolución Nº 1600 del 2008 de la Contraloría General de la República, sobre exención de toma de razón; Decreto Exento Nº 560 de 01 de septiembre de 2014 del Ministerio de Salud sobre Orden de Subrogación del Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur, y en uso de las facultades conferidas por el D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; el Decreto N ° 140 del 2004 del Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

R E S O L U C I Ó N

Apruébese la Planificación Estratégica del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el que se acompaña en documento anexo y pasa a formar parte integrante de la presente Resolución.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE





DRA. CARMEN ARAVENA CERDA
 DIRECTORA (S)
 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Distribución:

- Dirección SSMS
- Departamento Auditoría SSMS
- Asesoría Jurídica SSMS
- Oficina de Partes.



Jéssica Sánchez Pérez
 MINISTRO DE LE

Anexo 3

Oficio de aprobación de la resolución por Director del SSMS de envío a los establecimientos de la red asistencial.



DEPTO. GESTIÓN E INFORMACIÓN
DR. CAC / PDP / Ivch
ORD. N° 86

ORDINARIO N° 1986

ANT: NO HAY

MAT: Remite Planificación
estratégica de SSMS años
2016 a 2018.

SANTIAGO, 30 DIC. 2015

DE : DRA. CARMEN ARAVENA CERDA
DIRECTORA(S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Adjunto envío a usted, Planificación Estratégica del Servicio de Salud Metropolitano Sur para el período 2016 a 2018.

Elaborar este plan de desarrollo estratégico para el periodo 2016-2018, implicó abordar las líneas temáticas y factores clave de éxito de las RISS, consolidando iniciativas, proyectos y estrategias que permitan la integración en nuestra red asistencial. Esta planificación es el resultado de la participación amplia de los integrantes de esta red de salud, en los diferentes encuentros realizados durante los años 2014 y 2015. El trabajo obtenido en estos talleres se recopiló y sistematizó para dar lugar, finalmente, a la planificación, cuya aprobación se realizó durante el último CIRA del SSMS realizado en día 18 de diciembre de 2015.

Solicitamos a usted dar la mas amplia difusión, a todo el personal que usted dirige, de esta Planificación que guiará el quehacer de la institución en los próximos años e incorporar aquellos elementos que correspondan, en sus propias planificaciones.

Sin otro particular, le saluda atentamente a Ud.,



[Handwritten signature]
DRA. CARMEN ARAVENA CERDA
DIRECTORA(S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR



Distribución:

- Director/a de Hospital y C.R.S.:
 - Barros Luco Trudeau, Exequiel González Cortés, San Luis de Buin, Dr. Lucio Córdova, El Peral, El Pino, Parroquial San Bernardo.
- Jefe Some y Estadísticas Hospital y C.R.S.:
 - Barros Luco Trudeau, Exequiel González Cortés, San Luis de Buin, Lucio Córdova, El Peral, El Pino, Parroquial San Bernardo.
- Directora Centro Metropolitano de Imagenología Mamaria Reinalda Pereira Plaza.
- Encargado/a de Salud Comunal:
 - San Joaquín, La Granja, San Miguel, La Cisterna, El Bosque, P.A.C., Lo Espejo, San Bernardo, Buín, Paine, Calera de Tango.
- Director/a CESFAM:
 - San Joaquín, Arturo Baeza Goñi, Santa Teresa, Padre Esteban Gumucio, Barros Luco, Recreo, Santa Anselma, Eduardo Frei, Dr. Carlos Lorca, Cóncores de Chile, Santa Laura, Dr. Mario Salcedo Sepúlveda, Dra. Haydée López Casoo, Orlando Letelier, Amador Neghme, Padre Pierre Dubois, Edgardo Enríquez Froedden, Villa Sur, Clara Estrella, Julio Acuña Pinzón, Dra. Mariela Salgado, Pueblo Lo Espejo, Dr. Raúl Cuevas Palma, Confraternidad, Carol Urzúa, Raúl Brañes Farmer, Padre Joan Alsina, Juan Pablo II, El Manzano, Dr. Héctor García, Maipo, Alto Jahuel, Dr. Miguel Ángel Solar, Dr. Raúl Moya Muñoz, Calera de Tango y Bajos de San Agustín.
- Encargado/a Estadístico Consultorio y CESFAM:
 - San Joaquín, Arturo Baeza Goñi, Sor Teresa, Padre Esteban Gumucio, Barros Luco, Recreo, Santa Anselma, Eduardo Frei, Dr. Carlos Lorca, Cóncores de Chile, Santa Laura, Dr. Mario Salcedo Sepúlveda, Dra. Haydée López Casoo, Orlando Letelier, Amador Neghme, Padre Pierre Dubois, Edgardo Enríquez Froedden, Villa Sur, Clara Estrella, Julio Acuña Pinzón, Dra. Mariela Salgado, Pueblo Lo Espejo, Dr. Raúl Cuevas Palma, Confraternidad, Carol Urzúa, Raúl Brañes Farmer, Padre Joan Alsina, Juan Pablo II, El Manzano, Dr. Héctor García, Maipo, Alto Jahuel, Dr. Miguel Ángel Solar, Dr. Raúl Moya Muñoz, Calera de Tango y Bajos de San Agustín.
- CECOSF:
 - Yalta, Sierra Bella, Juan Aravena, Javier Perú, Santa Laura, Cooperación, Cerrillos de Nos, Rapa Nui, Lo Herrera y Dr. Héctor García, Coñimo.
- COSAM/CESAM:
 - San Joaquín, El Bosque, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo y San Bernardo.
- SAPU:
 - San Joaquín, Sor Teresa, Esteban Gumucio, Recreo, Eduardo Frei, Cisterna Sur, Cóncores de Chile, Santa Laura, Laura Vicuña, Edgardo Enríquez F., Juan Solórzano, La Feria, Julio Acuña Pinzón, Clara Estrella, Mariela Salgado, San Bernardo, Confraternidad, Padre Joan Alsina, Carol Urzúa de San Bernardo, Raúl Brañes, Juan Pablo II, Buin y Paine.
- Departamento Técnico en Salud S.S.M.S.
- Departamento de Gestión de Redes S.S.M.S.
- Departamento de Comunicaciones y Transparencia S.S.M.S.
- Oficina de Partes

Anexo 4

Formato de Certificado de cumplimiento validado para medición.



Establecimiento **xxxx**
Departamento – Unidad o Servicio **xxxxxx**

CERTIFICADO

“Evaluación Planificación estratégica SSMS 2016”
“Nombre del Indicador”

Breve descripción del indicador – Meta – Periodo de Evaluación

Tabla con resultados (Ejemplo)

| Nº | Nombre Indicador | Meta | Formula | Datos año XX | | % Cumplimiento Mensual | % Cumplimiento Acumulado |
|--------------------------------|--|------------|---|--------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | |
| No asignando para el indicador | Indicar el Nombre completo del indicador | Meta anual | Se debe escribir la fórmula del indicador | Enero | <u>17.071</u> 17.091 | 99,9% | 99,9% |
| | | | | Febrero | <u>19.451</u> 19.499 | 99,8% | 99,8% |
| | | | | Marzo | <u>20.561</u> 20.596 | 99,8% | 99,8% |
| | | | | Abril | <u>21.347</u> 21.398 | 99,8% | 99,8% |
| | | | | Mayo | <u>23.531</u> 23.609 | 99,7% | 99,8% |
| | | | | Junio | <u>23.937</u> 24.068 | 99,5% | 99,7% |

Fuente: (Descripción o nombre de sistema o medio del cual se extrajo la información, fecha de extracción)

Análisis de resultados: (Descripción de resultados obtenidos con justificación de bajo cumplimiento o sobre cumplimiento si corresponde)

| | | |
|--|---|---|
| Elaborado Por: Nombre completo Cargo (Firma y timbre) Fecha | Revisado Por: Nombre completo Cargo (Firma y timbre) Fecha | Aprobado Por: Nombre completo Cargo (Firma y timbre) Fecha |
|--|---|---|

