

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

2024 - 2027

Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez

Estimada Comunidad Hospitalaria

En el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramirez, hemos dado un paso significativo hacia el futuro mediante un proceso de Planificación Estratégica que será la guía de nuestra gestión durante los próximos años. Este proceso participativo ha sido construido por un equipo multidisciplinario, compuesto por representantes de todos los estamentos y miembros de nuestra comunidad. Durante meses, hemos trabajado juntos, participando en jornadas de reflexión y respondiendo encuestas que nos han permitido identificar, desde diferentes perspectivas, los temas más relevantes para nuestra institución.

La planificación nos permite visualizar y construir en conjunto el hospital que aspiramos a ser, ese espacio que tanto nuestros pacientes como nuestra comunidad merecen. Sabemos que alcanzar nuestros objetivos implica construir un camino compartido, lleno de motivación, compromiso y planificación detallada. Esta hoja de ruta, que compartimos con ustedes, representa los pilares que sostendrán nuestro trabajo entre 2024 y 2027, con metas claras y acciones concretas para hacer realidad nuestros sueños.

Como establecimiento de alta complejidad, nuestro compromiso con la comunidad de usuarios y funcionarios es firme: dar lo mejor de cada uno para fortalecer la salud pública en Chile. Sigamos creciendo juntos, trabajando por un hospital más humano, más fuerte y más unido.

Daniela Siegmund Sanhueza
Directora (S)
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez

1. Resumen Ejecutivo	5
2. Marco Normativo	6
a. Sistema de Salud Chileno	6
b. Reforma de Salud	8
c. Modelo de Gestión en Salud	8
d. Establecimiento Autogestionado en Red - EAR	9
e. Estrategia Nacional de Salud	11
3. Red Asistencial	13
a. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	13
b. Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez	15
c. Situación Demográfica, Epidemiológica y Social	16
d. Estadística Hospitalaria	20
i. Indicadores GRD	20
ii. Atención Ambulatoria	21
iii. Atención Cerrada	23
iv. Intervenciones Quirúrgicas	24
v. Exámenes y Procedimientos	26
4. Metodología	28
Diagnóstico Situacional	28
Elementos Direccionales	30
Formulación de Estrategias	31
Planes de Acción	32
Implementación y Ejecución	32
Monitoreo, Evaluación y Ajustes	32
Acción Participativa	33
5. Equipo Directivo y Técnico	34
Equipo Directivo	34
Equipo Técnico	34
6. Equipo Trabajo Participativo	35
7. Análisis interno y del Entorno del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez	37
ANÁLISIS PESTEL	37
ANÁLISIS AMOFHIT	39
ANÁLISIS FODA	41
8. Modelo de Gestión CANVAS	43
9. Pilares estratégicos, Misión, Visión y Valores	44
10. Objetivos Estratégicos y Específicos 2024 - 2027	46
11. Mapa Estratégico	47
12. Objetivos, metas y actividades	49
13. Políticas Institucionales	62
a. Política de Recursos Humanos	62
Objetivos de la Política de Recursos Humanos	62
Impacto Esperado	63
b. Política de Gestión Clínica	64
Objetivos de la Política de Gestión Clínica	64
Acciones Clave para la Gestión Clínica	64
Impacto Esperado	66

c. Política de Gestión Financiera	67
Objetivos de la Política de Gestión Financiera	67
Acciones Clave de la Gestión Financiera	67
Impacto Esperado	68
d. Política de Satisfacción Usuaría	69
Objetivos de la Política de Satisfacción Usuaría	69
Acciones Específicas	69
Impacto Esperado	70
e. Política de Control de gestión	71
Componentes del Sistema de Planificación y Control de Gestión	71
Principios de la Política de Control de Gestión	71
Acciones Clave para el Control de Gestión	72
Impacto Esperado	72
f. Política de Auditoría	73
Objetivos de la Auditoría Interna	73
Principios de la Auditoría Interna	73
Acciones Clave de la Auditoría Interna	74
Impacto Esperado	74
ANEXO 1 - RESULTADOS PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2029-2023	76
ANEXO 2 - LISTADO DE PREGUNTAS	84
ANEXO 3 - RESULTADO DE ENCUESTA APLICADA	86
ANEXO 4 - FODA PRIORIZADO	87
ANEXO 5 - FODA DINÁMICO	89
ANEXO 6 - MATRIZ CAME	91
ANEXO 7 - RESULTADO EN JORNADAS PARTICIPATIVAS	92
ANEXO 8 - RESULTADO EN JORNADAS PARTICIPATIVAS PARA ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIONES	98

1. Resumen Ejecutivo

El presente documento contiene la Planificación Estratégica del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (HEP) para el período **2024 - 2027**, el que se encuentra alineado con los objetivos sanitarios, políticas de salud, marco normativo nacional, y a los requisitos exigidos por el instrumento de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red, de acuerdo con la Ley 19.937 sobre autoridad sanitaria vigente.

Adicionalmente, se presentan los procesos participativos para establecer la Planificación Estratégica del período, junto antecedentes, actividades y esfuerzos realizados para cumplir con la misión, visión y valores definidos, a través del desarrollo de los objetivos estratégicos planteados. Esta planificación estratégica nos guiará durante el período 2024-2027, estableciendo objetivos prioritarios, ayudándonos en la toma de decisiones de nuestro quehacer diario e indicándonos el camino que debemos recorrer para lograr nuestra visión hospitalaria.



2. Marco Normativo

a. Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno se caracteriza por su estructura mixta, combinando tanto servicios públicos como privados, y operando bajo una serie de componentes regulados por el Ministerio de Salud. Este ministerio actúa como la autoridad rectora, responsable de la formulación de políticas, regulación y supervisión del sector, mientras que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) son los principales aseguradores del sistema.

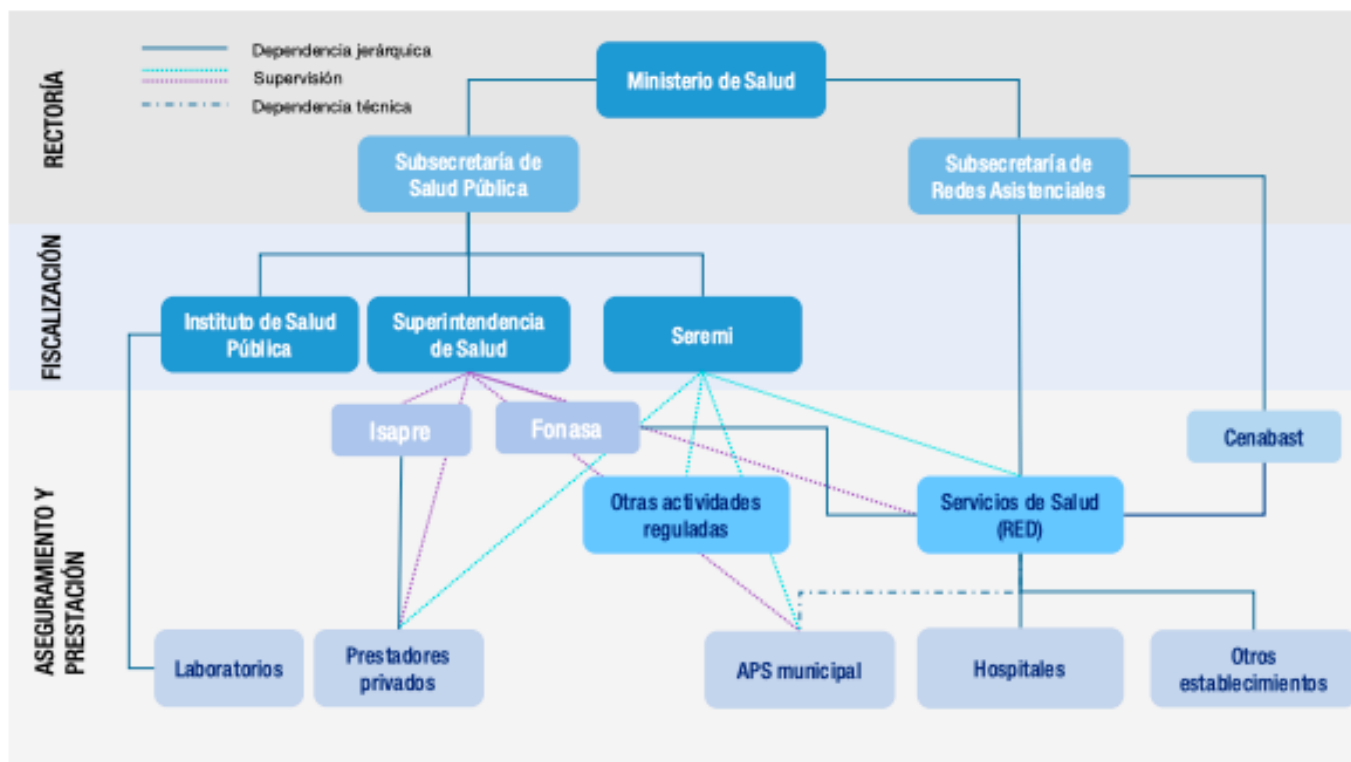


Fig. 1. Estructura del Sistema de Salud Chileno. Fuente: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE SALUD 2019, Facultad de Medicina UDD.

El sistema de salud se refiere más específicamente al conjunto formal y organizado de entidades públicas y privadas que se relacionan con la rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento, recursos y provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud. Es el componente formal y más específico del sector salud.

En 2023, el gasto total en salud representó el 5,83% del PIB, por debajo del promedio de la OCDE (8,8%).¹ El financiamiento proviene de:

- Aportes del Estado (impuestos generales).
- Cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario).
- Gasto de bolsillo, que alcanzó un 32,6% en 2017.

¹<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/chile#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,5%2C76%25%20del%20PIB.>

- ☑ Aportes de empleadores para seguros de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Principales entidades aseguradoras:

Fonasa (Fondo Nacional de Salud):

- Entidad pública que asegura al 84% de la población.
- Se financia con aportes estatales y cotizaciones obligatorias.
- Ofrece cobertura independiente de los riesgos de salud individuales.

Isapres (Instituciones de Salud Previsional):

- Aseguradoras privadas que cubren al 11% de la población.
- Administran cotizaciones obligatorias y pueden recibir aportes voluntarios.
- Ofrecen planes tarifarios según riesgos y preexistencias de salud.

Sistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden:

- Cada rama (Ejército, Fuerza Aérea, Armada) tiene su propio sistema.
- Capredena y Dipreca aseguran a funcionarios en retiro y civiles asociados.
- Financiados por aportes estatales y cotizaciones obligatorias.

Cobertura de accidentes laborales y enfermedades profesionales:

Mutualidades (entidades privadas) y el Instituto de Salud Laboral (ISL, entidad pública):

- Administran el financiamiento específico para estos casos.
- Financiados por aportes de empleadores, basados en el salario y nivel de riesgo (0,93% - 3,4%).

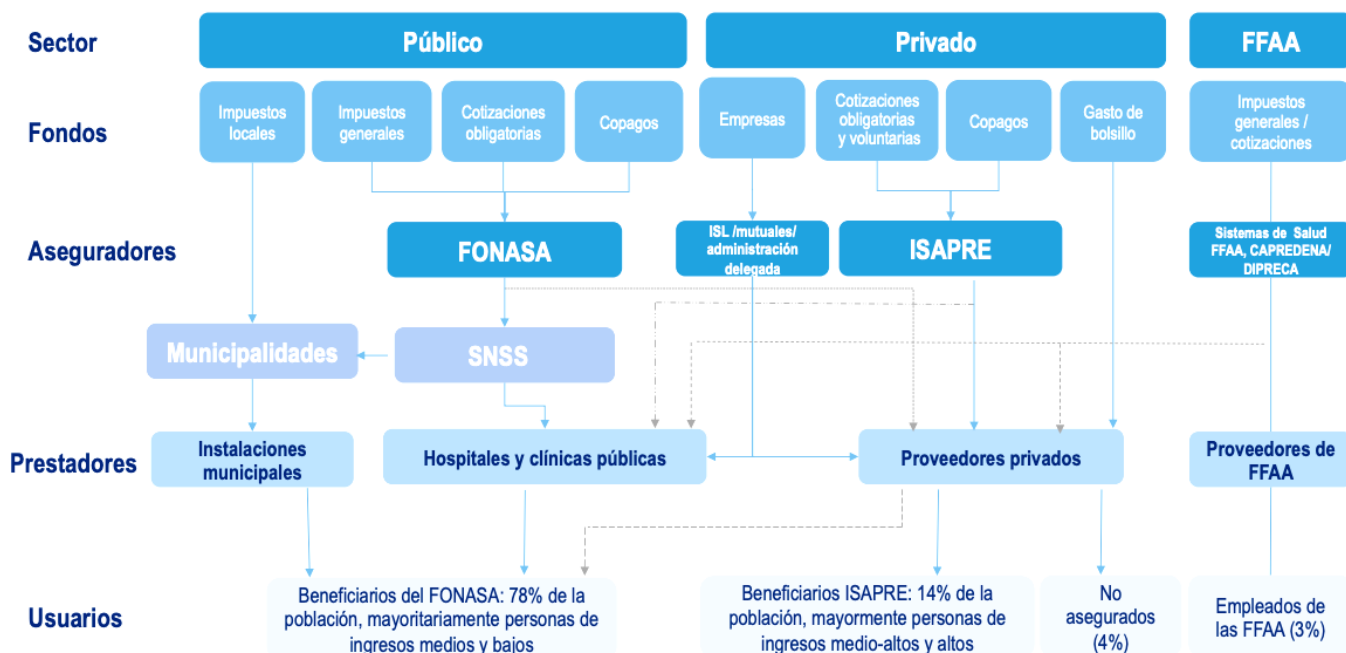


Fig. 2. Financiamiento del Sistema de Salud Chileno. Fuente: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE SALUD 2019, Facultad de Medicina UDD.

b. Reforma de Salud

La gestión del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez sigue las directrices del Plan Global de Salud del Estado Chileno, definidas por las cinco Leyes de la Reforma de Salud².

1. Ley 19.888 del 13.08.2003, Financiamiento de la reforma.
2. Ley 19.937 del 24.02.2004 Autoridad Sanitaria y Gestión.
3. Ley 19.966 del 03.09.2004, GES. Ley 20.015 del 17.05.2005, ley “corta” de ISAPRES.
4. Ley 20.584 del 24.04.2012, ley de Deberes y Derechos de los Pacientes.

c. Modelo de Gestión en Salud

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.³

Los objetivos del modelo integral de atención en salud se definen de la siguiente manera:

- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones asistenciales.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

² Titelman, D. (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

³ Artaza, O., Barría, M. S., Fuenzalida, A., Núñez, K., Quintana, A., Vargas, I., & Venegas, C. (2005). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Ministerio de Salud de Chile, División de Gestión de Red Asistencial.

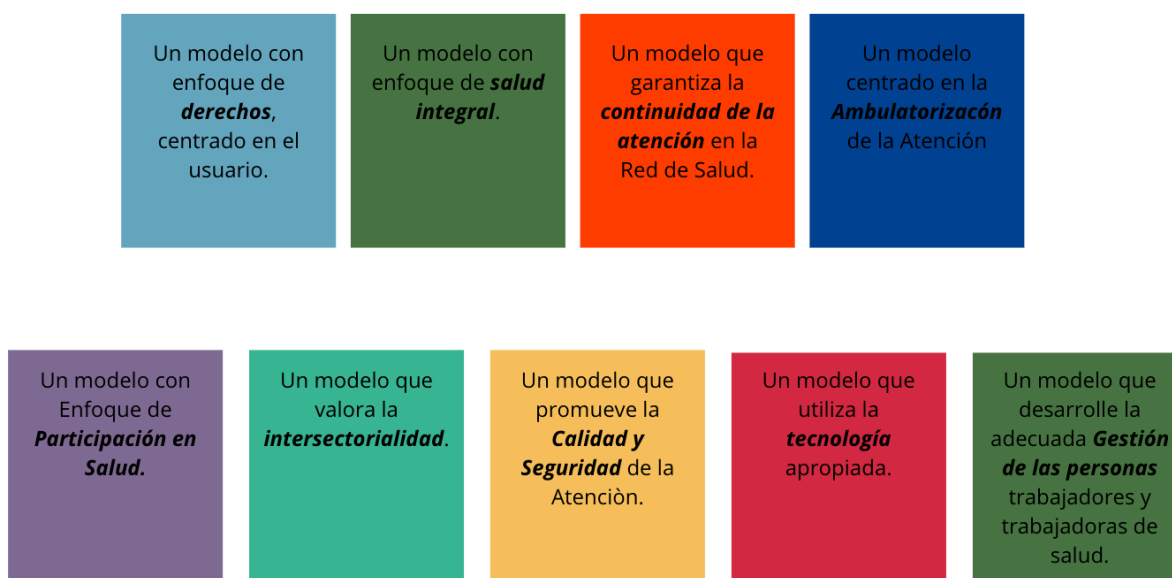


Fig. 3. Definiciones del modelo de atención integral del Sistema de Salud Chileno. Fuente: Elaboración propia.

d. Establecimiento Autogestionado en Red - EAR⁴

La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los Directores de estos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros.

La misma Ley, estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de establecimiento autogestionado en red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo se reglamentó mediante el D.S. N°38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Un establecimiento autogestionado, es un órgano desconcentrado del correspondiente Servicio de Salud y tiene atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece a la red. No obstante, es importante mencionar que los productos que genera (prestaciones de salud), son fijados por el Director del Servicio de Salud correspondiente, quien los define de acuerdo con las necesidades de la población a cargo. Dicho de otra manera, no es el hospital quien determina su cartera de servicios, lo que explica que no sea un organismo autónomo.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005. El cumplimiento de ellos debe certificarse anualmente, mediante las instrucciones que defina de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda.

⁴ Cid Alvarado, S., Astorga Inostroza, L., Cocio Salas, A., Esturillo Vivar, C., et al. (2023). *Instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red 2023*. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Control de Gestión.

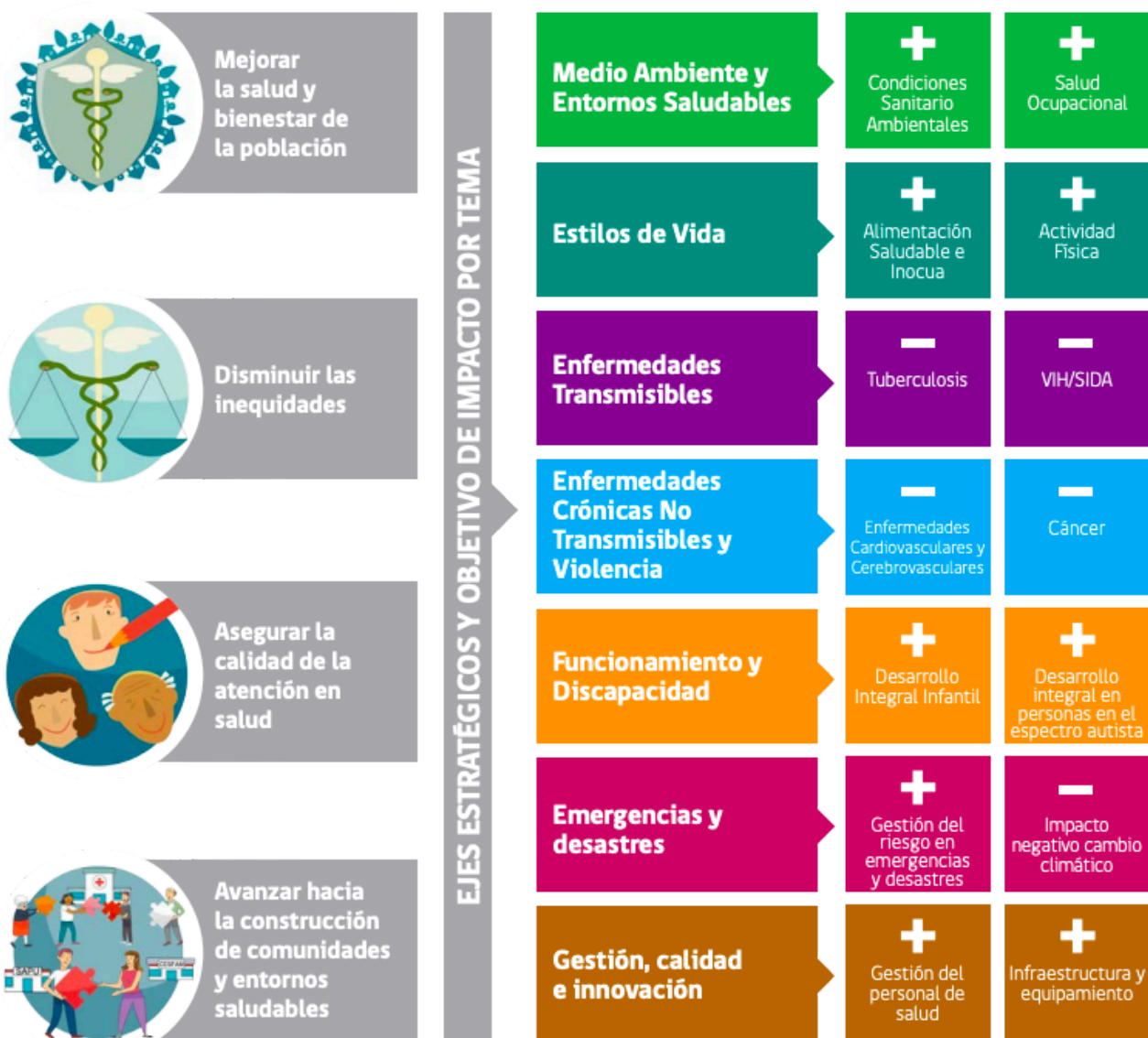
Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los hospitales pretenden comprobar si han alcanzado los resultados esperados definidos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales en sus lineamientos estratégicos.

Desde el año 2011, se cuenta con un instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red, basado en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), la que se destaca por ser una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia a términos operativos, para ello recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

e. Estrategia Nacional de Salud ⁵

Los objetivos sanitarios se sitúan en una posición estratégica para el sector, enmarcando su desarrollo a través del Plan Nacional de Salud, instrumento que figura como su carta de navegación y que expone los principales desafíos sanitarios, estableciendo acciones y abordajes para enfrentarlos. Estos expresan la misión que la política pública se propone alcanzar en el mediano y largo plazo, específicamente en lo que respecta a mejorar la salud de la población, haciendo los esfuerzos para prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad y, simultáneamente, actuar sobre la reducción de las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

La formulación de objetivos sanitarios es un proceso analítico que en sus distintas versiones ha reunido a equipos técnicos y políticos del sector salud, el intersector, la academia, agencias de cooperación y la sociedad civil, que de forma inédita, en esta ocasión, participó por primera vez desde el diseño mismo. Este proceso inicia con el levantamiento de un diagnóstico de salud de la población y un diagnóstico estratégico de la organización, que conjuga tanto el análisis de la situación externa o del contexto y el análisis de la situación interna o institucional.



⁵ Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento Estrategia Nacional de Salud.

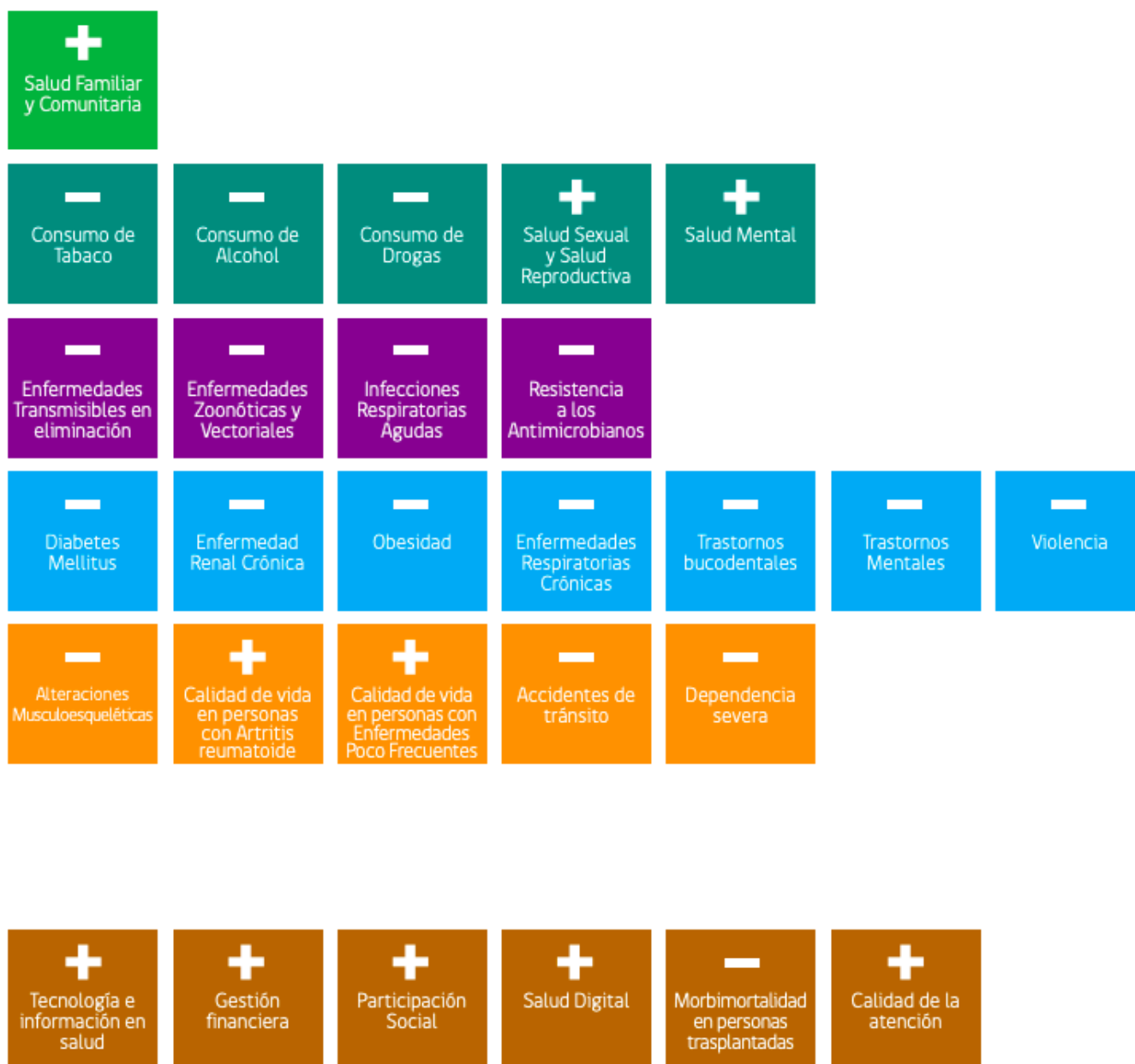


Fig. 4. Objetivos sanitarios 2021 - 2023, Minsal. Fuente: Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

3. Red Asistencial

a. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio ⁶

El Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio es uno de los tres que cubren la atención de salud de la población de la Región de Valparaíso. Dicha cobertura es compartida con los Servicios de Viña del Mar Quillota Petorca y Aconcagua.

El área de influencia del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) abarca las comunas de Valparaíso, Casablanca y Juan Fernández en la provincia de Valparaíso, y todas las comunas de la provincia de San Antonio, destacando las áreas de mayor densidad poblacional en San Antonio y Valparaíso, y desde el año 2024, se incluye la comuna de Navidad, perteneciente a la provincia Cardenal Caro, sexta región. La geografía de esta zona, caracterizada por cerros y sectores de difícil acceso, y el desarrollo urbano en áreas como Placilla-Curauma y San Antonio - Navidad, plantean desafíos de conectividad, especialmente en verano debido al aumento de población flotante.

Demográficamente, en 2019 el SSVSA tenía 521.666 habitantes, donde el 85% eran beneficiarios de FONASA. El 2023 la población beneficiaria FONASA alcanzaba 492.307⁷ de acuerdo a datos abiertos de la plataforma y se proyecta que para 2035, las comunas de la costa presenten un crecimiento superior al 30%, mientras que Valparaíso y San Antonio tendrán un aumento menor al 11%. La población del SSVSA se caracteriza por un alto porcentaje de adultos mayores (13,9%), superando el promedio nacional. Además, las principales causas de mortalidad en la región son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, con una tasa de mortalidad ajustada de 167,8, la tercera más alta a nivel nacional.

En términos de salud mental, el área enfrenta una elevada tasa de suicidios, especialmente en Cartagena, El Tabo y Algarrobo. También se observa un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes, junto con un incremento en el riesgo cardiovascular en la región. Además, la discapacidad afecta a un 17,9% de los adultos en la región, con mayor prevalencia en mujeres. La migración interregional y extranjera también ha influido en el crecimiento de la población, incrementando las necesidades de salud en el área de influencia del SSVSA.

La Red Asistencial del SSVSA se organiza en dos subredes: Valparaíso y San Antonio. La Atención Primaria incluye 51 centros distribuidos en CESFAM, CECOSF, postas rurales y unidades de urgencias (SAR, SAPU, y SUR), siguiendo el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria. En el nivel secundario y terciario, Valparaíso cuenta con el Hospital Carlos Van Buren, el Hospital Eduardo Pereira, el Hospital Psiquiátrico del Salvador, el Centro de Referencia de Salud Odontológica, el Centro de Sangre y Tejidos, el Centro de Salud Mental comunitaria Domingo Asun Salazar. San Antonio dispone del Hospital de alta complejidad Claudio Vicuña y el Centro de Salud Mental Comunitaria Litoral, para cubrir necesidades de atención integral en la región.

⁶ **Comité Central de Diseño de la Red Asistencial SSVSA.** (2023). *Diseño de la Red Asistencial 2022-2035: Informe Ejecutivo.* Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

⁷ <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>

En cuanto a la demanda no satisfecha, al final de 2023, había 67.700 pacientes en lista de espera para consulta de especialidad (mediana de espera de 235 días y un promedio de 336.9 días de espera), 11.264 en lista de espera quirúrgica (mediana 296 días de espera y un promedio de 523.5 días de espera).⁸

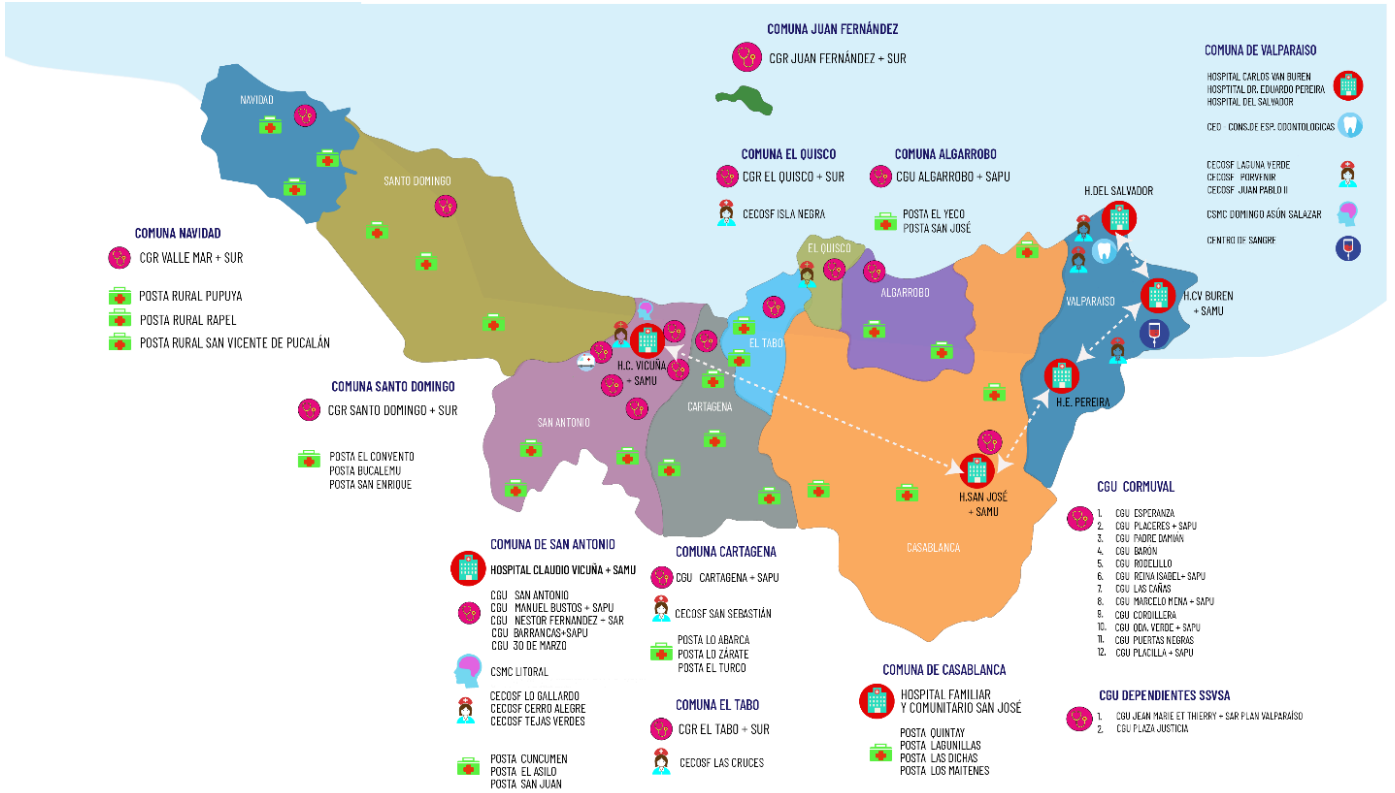


Fig. 5. Red de Salud Valparaíso San Antonio. Fuente: SSVSA.

⁸ Comité Central de Diseño de la Red Asistencial SSVSA. (2023). *Diseño de la Red Asistencial 2022-2035: Informe Ejecutivo*. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

b. Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez

El Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, perteneciente a la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, corresponde a un establecimiento de Alta Complejidad ubicado en calle Ibsen S/N, Cerro Las Delicias, comuna de Valparaíso.

Resuelve la demanda del adulto de la Provincia de Valparaíso y los requerimientos derivados desde la Provincia de San Antonio en las especialidades de cirugía y medicina interna.

Nuestro Hospital fue inaugurado el 11 de enero de 1940, como Sanatorio Valparaíso, constituyó un ejemplo de Hospital moderno para el manejo de la tuberculosis para la comunidad más vulnerable de la región. A partir de 1971, se trasladan los Servicios de Cirugía y Medicina Interna, comenzando la transformación en un Hospital de Especialidades, cambiando el nombre a Hospital de Valparaíso. Esto abrió las posibilidades para que entre los años 1994 y 1999 se inaugurara el Servicio de Pensionado y la Unidad de Cuidados Intermedios Médico - Quirúrgica, UCIM, que durante el año 2016 se transforma y complejiza en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Cabe señalar que en el 2002 el Establecimiento pasa a llamarse **“Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez”**, en honor al legado de sus fundadores que ha perseguido siempre una atención de salud de alta calidad, tanto en lo humano como en lo técnico para todos sus usuarios.

Todos estos cambios reflejan que nuestro Hospital tiene la capacidad de adaptarse y rediseñarse a través del tiempo, respondiendo a las necesidades de la salud pública, es así como nuestra institución a través de su personal ha mirado la planificación como un elemento clave que vincula adecuadamente las acciones que debemos cumplir y que nos llevará a nuevos desafíos, en materias de orden asistencial, técnico administrativo, financiero y de gestión. Todo lo anterior con la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos, que logren asumir que la gestión no es sólo la realización de la actividad sino también la planificación de ella, su diseño organizativo y la consecuente gestión que implica, en términos de oportunidad, precisión adecuada a un costo razonable y con óptima calidad, propiciando la satisfacción del usuario y de quienes conformamos la institución.

Con este desafío se busca impulsar una forma de organización que oriente la actividad hacia el proceso asistencial y a la atención integral del paciente, involucrar a los profesionales en la gestión racional de los recursos, dentro del marco definido por el Hospital, el Servicio de Salud y el MINSAL e impulsar una forma de trabajo en equipos multidisciplinarios, con fortalecimiento de las redes internas principalmente y desde allí presentar lo mejor de nuestro trabajo a la red asistencial.

c. Situación Demográfica, Epidemiológica y Social

La región de Valparaíso tiene un crecimiento poblacional promedio anual de 1,1%. En cuanto a la densidad poblacional, es la segunda más alta del país, con 93,9 habitantes por kilómetro cuadrado.⁹

En 2023, se proyectó que el 21,9% de la población de la región de Valparaíso estaría conformada por personas mayores, lo que representa un incremento respecto al 13,2% de 2002. Para 2035, se estima que el porcentaje de personas mayores llegue al 27,9%.¹⁰

Comportamiento de la población de acuerdo a grupos etareos, Total SSVSA

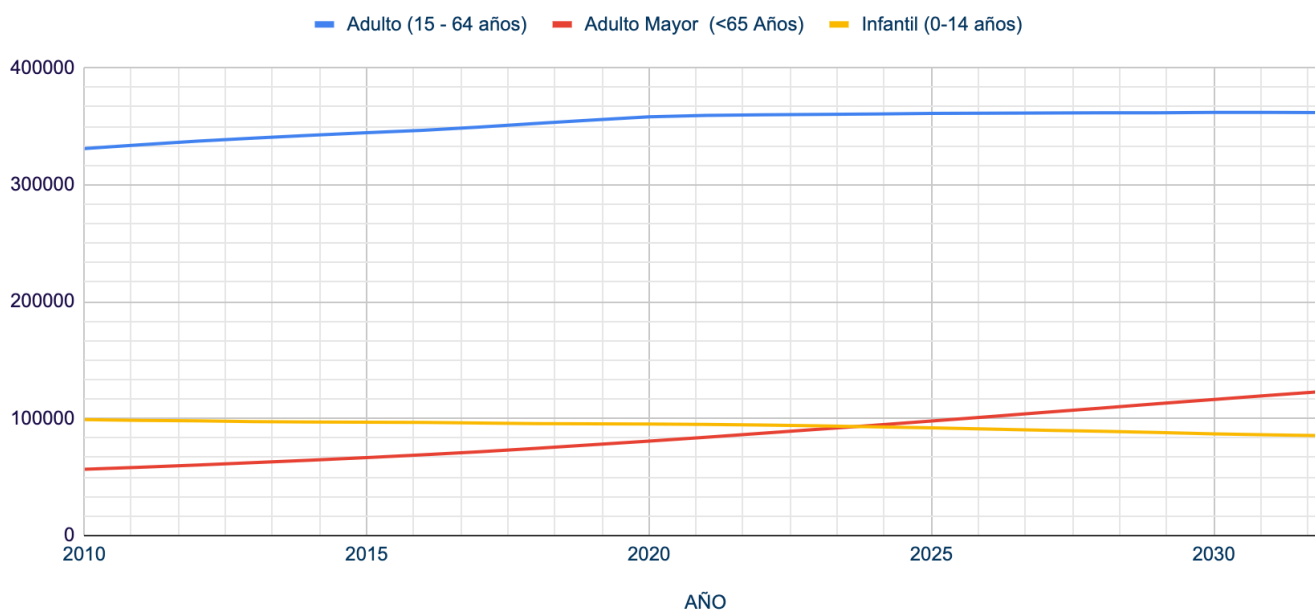


Gráfico 1. Comportamiento de la población distribuida por grupos etareos Fuente: Elaboración propia con datos INE - Censo 2027 - Proyección habitantes.

Adultos (15-64 años):

- Este grupo ha mostrado un crecimiento leve y constante hasta alrededor de 2022, con tasas de crecimiento que se mantienen positivas pero cada vez menores.
- A medida que se avanza hacia 2032, el crecimiento tiende a estabilizarse, mostrando incluso una ligera disminución en 2032. Esto indica que el crecimiento de la población adulta está llegando a un punto de saturación.

Adulto Mayor (65 años o más):

- Este grupo muestra el crecimiento más alto y constante durante todo el periodo, con tasas de crecimiento alrededor del 3% al 4% anual, aunque comienza a disminuir ligeramente después de 2025.

⁹ Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE). (s.f.). Gobierno Regional de Valparaíso. Recuperado de <https://www.subdere.gov.cl/divisi%C3%B3n-administrativa-de-chile/gobierno-regional-de-valpara%C3%ADso>

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (s.f.). Envejecimiento Demográfico en la Región de Valparaíso. ArcGIS StoryMaps. Recuperado de <https://storymaps.arcgis.com/stories/e0e6d3c54d4b4dff89800e04ec0b1307>

- Esta tendencia de crecimiento se debe al envejecimiento de la población y a una mayor expectativa de vida, lo que hace que cada vez más personas pasen al grupo de adultos mayores.
- Este crecimiento sostenido en el grupo de adultos mayores podría generar una demanda creciente de servicios de salud y apoyo para el envejecimiento.

Infantil (0-14 años):

- La población infantil ha experimentado un decrecimiento casi continuo, con tasas negativas cada año.
- Este descenso se acelera a partir de 2015, y las tasas de decrecimiento se vuelven más pronunciadas, lo que refleja una reducción en las tasas de natalidad y en la proporción de la población joven.
- La disminución en la población infantil podría tener impactos a largo plazo en el mercado laboral y en el envejecimiento de la población en general, ya que habrá menos jóvenes en comparación con adultos y adultos mayores.

Total poblacional:

- La tasa de crecimiento total de la población es positiva, pero va disminuyendo año a año, acercándose a un crecimiento casi nulo para el año 2032.
- Esto sugiere que el crecimiento poblacional está desacelerándose, lo cual podría estar influido por la combinación de una tasa de natalidad más baja y un envejecimiento de la población.

Lo mencionado anteriormente se muestra en el gráfico adjunto;

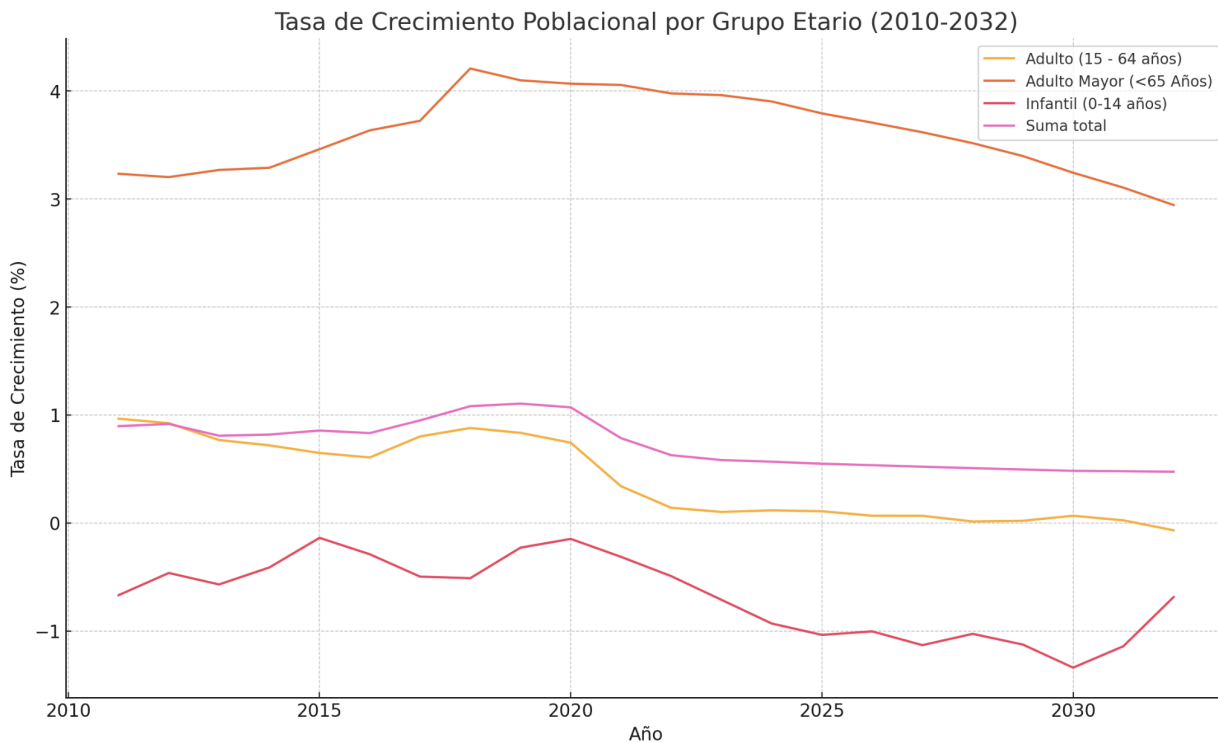


Gráfico 2. Tasa de crecimiento poblacional para Red SSVSA. Fuente: Elaboración propia con datos INE - Censo 2027 - Proyección habitantes.

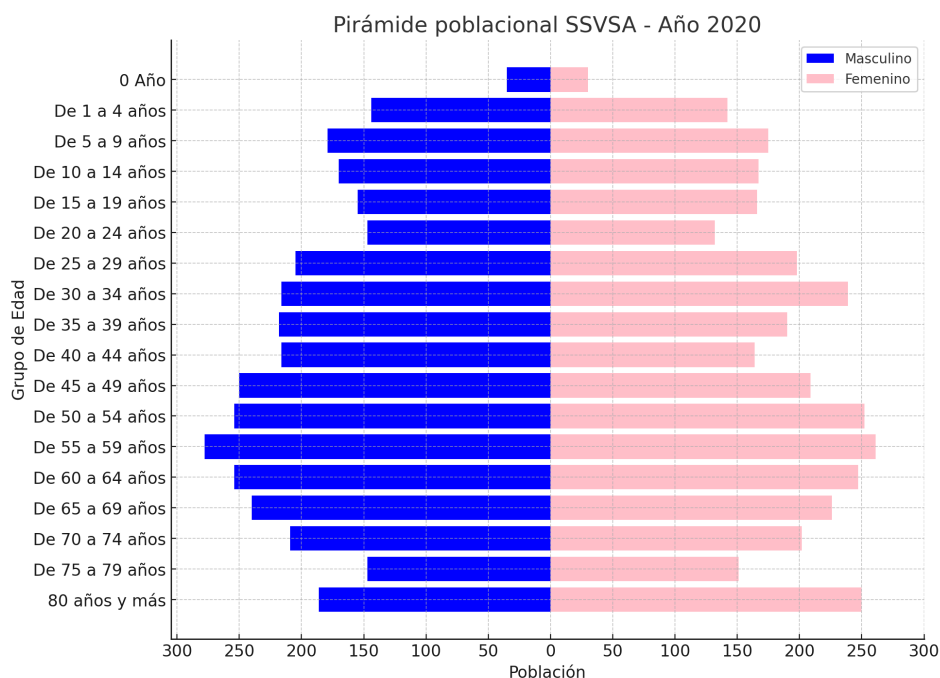


Gráfico 3. Pirámide poblacional SSVSA año 2020. Fuente: Elaboración propia con datos INE - Censo 2027 - Proyección habitantes.

Para el 2020, la pirámide poblacional del SSVSA mostraba una estructura demográfica en transición, caracterizada por una base estrecha en los grupos infantiles debido a una baja tasa de natalidad, un amplio grupo en edad productiva y un aumento en la población adulta mayor, especialmente en mujeres.

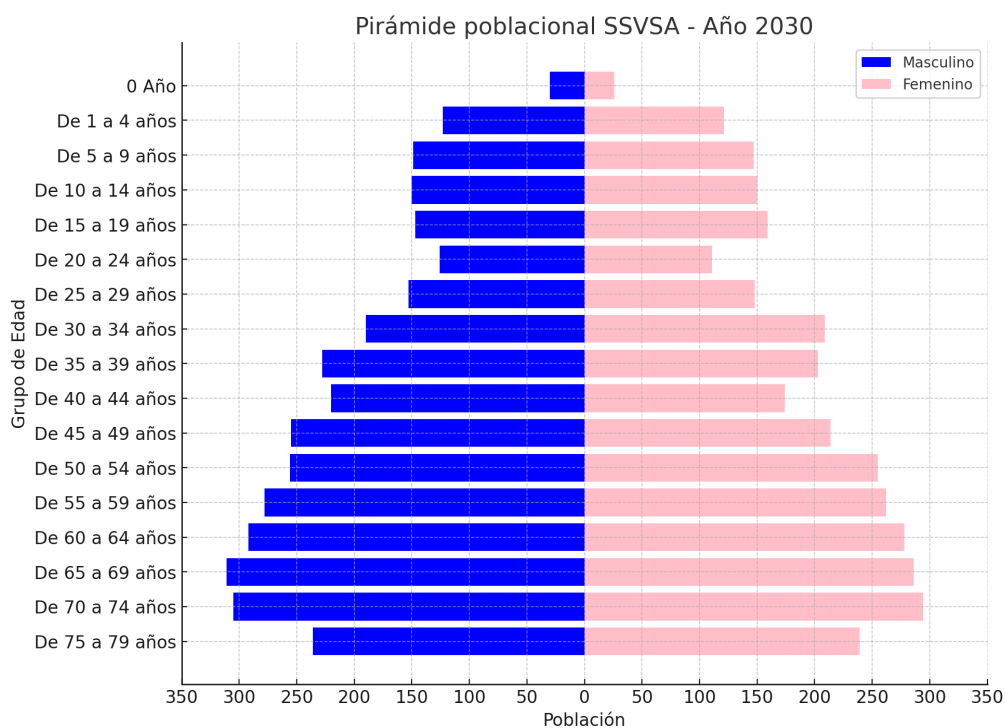


Gráfico 4. Pirámide poblacional SSVSA año 2030. Fuente: Elaboración propia con datos INE - Censo 2027 - Proyección habitantes.

La comparación de las pirámides poblacionales de 2020 y 2030 revela un claro envejecimiento de la población, con un aumento significativo en los grupos de adultos mayores y una reducción en la base juvenil, lo que indica una baja natalidad.

Perfil Sociodemográfico Región de Valparaíso¹¹

REGIÓN DE VALPARAÍSO

Las carencias en Pobreza Multidimensional que más afectan a los hogares residentes en la Región de Valparaíso son:



Carencia en Escolaridad
(hogares en que al menos un miembro no alcanzó los años de escolaridad exigidos por ley de acuerdo con su edad).



Carencia en Seguridad Social
(hogares en que al menos un miembro ocupado no cotizó el mes pasado en el sistema previsional).



Carencia en Habitabilidad
(hogares presentan hacinamiento o el estado de la vivienda es precaria).

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

(Censo de población 2017)

URBANO / RURAL



SEXO



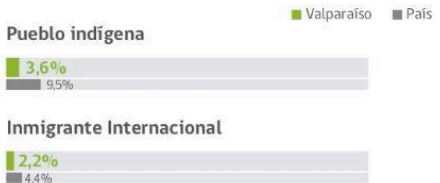
JEFATURA EN EL HOGAR



ADULTOS MAYORES Y NIÑOS



ETNIA Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL



DIMENSIONES DE POBREZA

POR INGRESOS



MULTIDIMENSIONAL



EDUCACIÓN



25 DE CADA 100
HOGARES CARENTES EN ESCOLARIDAD

29 DE CADA 100 EN EL PAÍS

33,6% de la población regional de 18 años o más no ha alcanzado la educación media completa o escolaridad obligatoria de 12 años.

36,8% A NIVEL PAÍS

11,4 años de escolaridad promedio de la población de 15 años y más.

11,2 AÑOS A NIVEL PAÍS

VIVIENDA



18 DE CADA 100
HOGARES CARENTES EN HABITABILIDAD

29 DE CADA 100 EN EL PAÍS

Hogares en condición de hacinamiento. Acceso inadecuado a agua potable o no cuentan con conexión a alcantarillado o fosa séptica.

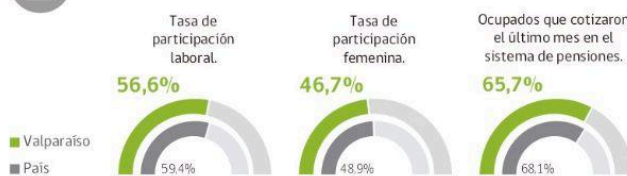


TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL



31 DE CADA 100
HOGARES CARENTES EN SEGURIDAD SOCIAL

30 DE CADA 100 EN EL PAÍS



SALUD



Recibió atención médica frente a algún problema de salud. Población afiliada a Fonasa.



REDES Y COHESIÓN SOCIAL



Población de 10 años y más que participa en organizaciones sociales o grupos organizados. Población de 5 años y más utiliza internet al menos una vez a la semana.



¹¹ https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/fichas-regionales/2017/region_valparaiso.pdf

d. Estadística Hospitalaria

i. Indicadores GRD

El Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) es un sistema que agrupa a los pacientes según sus diagnósticos y tratamientos similares, permitiendo una mejor organización y análisis de la actividad hospitalaria. Cada grupo representa un tipo de atención, con una complejidad y costo asociados, lo que facilita la evaluación de los recursos necesarios y el control de costos. En términos sencillos, el GRD ayuda a entender cuánto cuesta y cómo se estructura la atención de distintos tipos de pacientes, promoviendo una gestión hospitalaria más eficiente y equitativa.

	2019	2020	2021	2022	2023
Egresos	5491	3628	3424	3566	4224
Peso GRD Medio	1,1063	1,2634	1,5732	1,4135	1,3008
Estancia Media	10,6	12,5	13,7	13,1	11,5
EMAf inlier	6,8	8,1	9,7	8,6	7,7
IEMA inlier	1,26	1,2	1,15	1,23	1,24
Egresos Outliers superiores	679	389	299	338	268
% Egresos Outliers superiores	12,40%	10,70%	8,70%	9,50%	6,30%
Peso GRD Medio Outliers Superiores	0,96	1,15	1,22	1,27	1,27
EM Outliers superiores	24,2	35,9	40	37,4	40,4
Estancias evitables Inliers (Impacto)	8687,9	5193,3	4420,2	6454,5	7183,5
Exceso de estancias Outliers Superiores	5543	5796	4978	4428	4062
Edad Media	62,5	60,8	61,1	61,1	60,5

Tabla 1. Evolución indicadores GRD. Fuente: Unidad GRD HEP 2024.

El número de egresos muestra fluctuaciones, con una baja significativa en 2020, posiblemente debido a la pandemia, seguida de una recuperación gradual en los años posteriores.

El peso GRD medio, que mide la complejidad de los casos, aumenta de 2019 a 2021, alcanzando su punto máximo en 2021. Esto sugiere que los casos atendidos eran de mayor complejidad, posiblemente con pacientes que requerían estancias prolongadas o tenían condiciones complejas de salud, lo cual también se daba en un contexto de pandemia.

Los egresos de pacientes con estancias largas (outliers superiores) han disminuido de manera consistente desde 2019. A la par, el porcentaje de egresos de estos pacientes ha bajado de 12.4% en 2019 a 6.3% en 2023, lo que apunta a una mejor gestión de los tiempos de estancia y a la reducción de casos que se salen del promedio. Sin embargo, el peso GRD medio para los outliers superiores ha aumentado, lo que indica que, aunque menos frecuentes, los casos outliers son cada vez más complejos.

El IEMA (Índice de Eficiencia de Manejo de Alta) se ha mantenido relativamente estable, lo cual es positivo y refleja una consistencia en la eficiencia en el manejo de altas, con un ligero ajuste para mantener el control.

La edad media de los pacientes permanece en torno a los 60 años, lo cual es característico de una población envejecida. Esta demografía sugiere una carga de enfermedades crónicas y una necesidad de servicios de salud prolongados.

ii. Atención Ambulatoria

Tanto en Medicina como en Cirugía, 2020 fue un año crítico con una fuerte reducción en las consultas totales y nuevas. Esto refleja el impacto directo de la pandemia de COVID-19, con medidas de restricción y desvío de recursos para atender emergencias relacionadas con la salud pública. La baja en consultas nuevas en ambos servicios indica que durante ese año se priorizó la atención de pacientes recurrentes o con urgencias, limitando la captación de nuevos casos. En ambos servicios, se observa una recuperación en las consultas totales a partir de 2021, con un crecimiento más marcado en Medicina que en Cirugía, ya que Medicina supera los niveles de consultas totales previos a la pandemia en 2023. Esta recuperación progresiva sugiere una adaptación del hospital para atender la demanda post-pandemia y un fortalecimiento de los servicios para manejar la creciente carga de pacientes.

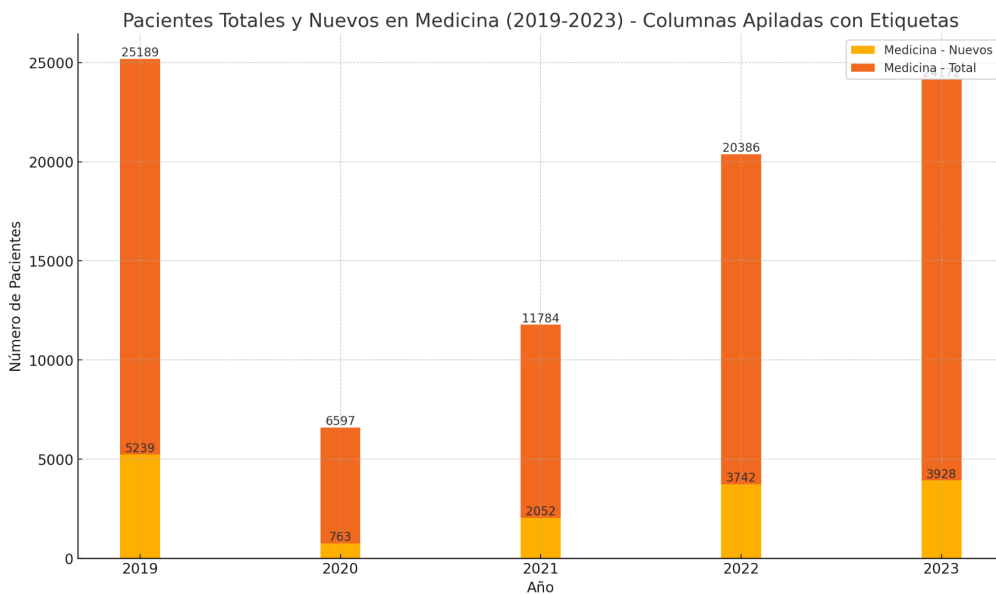


Gráfico 5. Evolución de pacientes atendidos entre 2019 y 2023 en especialidades médicas, con distribución entre consulta nueva y control. Fuente: Elaboración propia con datos Boletín SUDAIS.

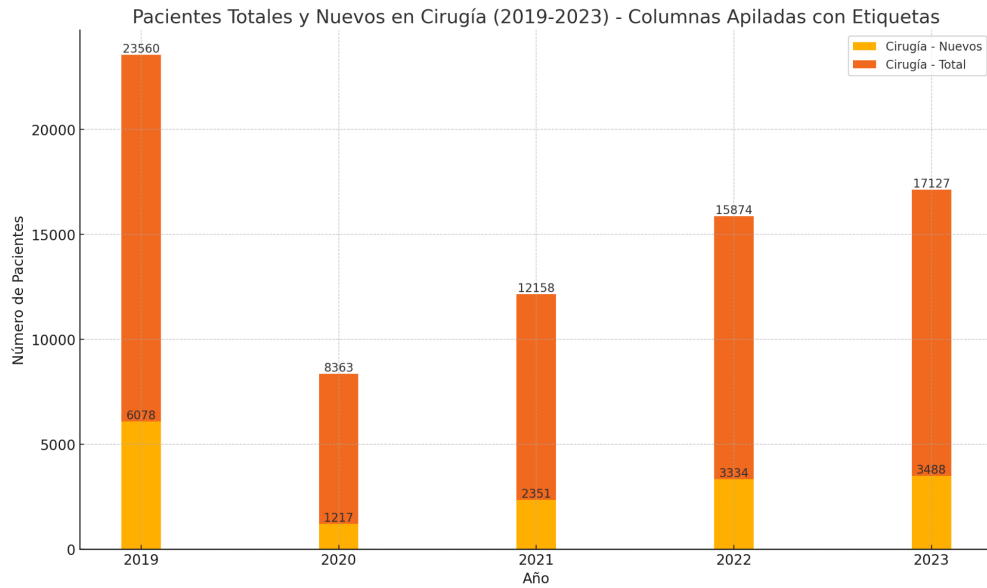


Gráfico 6. Evolución de pacientes atendidos entre 2019 y 2023 en especialidades quirúrgicas, con distribución entre consulta nueva y control. Fuente: Elaboración propia con datos Boletín SUDAIS.

Aunque las consultas totales han mostrado una recuperación más rápida, las consultas nuevas en ambos servicios aún no alcanzan los niveles de 2019. Esto puede indicar que, aunque la atención de pacientes recurrentes o crónicos ha mejorado, la captación de nuevos pacientes sigue limitada, quizás debido a restricciones o capacidad operativa enfocada en resolver casos continuos antes de expandir a nuevos ingresos.

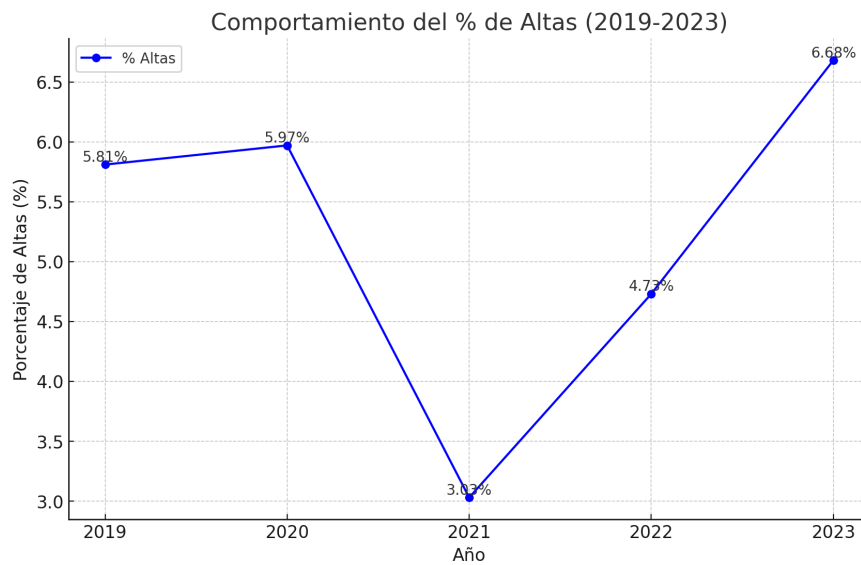


Gráfico 7. Evolución en el porcentaje de altas médicas a la consulta de especialidad entre 2019 y 2023. Fuente: Elaboración propia con datos Boletín SUDAIS.

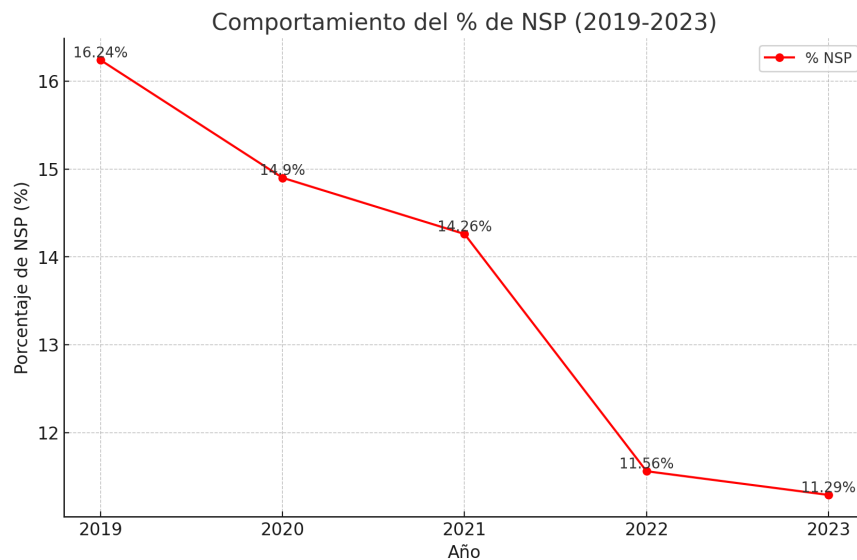


Gráfico 8. Evolución en el porcentaje de No Se Presenta NSP entre 2019 y 2023. Fuente: Elaboración propia con datos Boletín SUDAIS.

iii. Atención Cerrada

Hospital	2019	2020	2021	2022	2023
Egresos (altas + fallecidos)	5491	3628	3424	3566	4224
Prom.Días	10,7	12,7	13,7	13,3	11,6
I.Letal	3,8	6,9	5,6	5	3,3
I.Rotación	28,8	21,4	22,9	23,7	27,3
Ds.Camas Ocup.Total	58797	45849	45883	47228	48812
Indice Ocupacional	84,6	74,2	84,5	85,9	86,4
Intervalo de sustitución	1,9	4,4	2,5	2,2	1,8
Días cama en trabajo	69492	61797	54319	54992	56522
Traslados intrahospitalarios	1663	2207	1854	1716	1723
Promedio camas en trab. o disp.	190,4	169,3	149,3	150,6	154,9
Fallecidos	209	245	192	176	148
Días de Estada	58160	45422	46791	46863	48442

Tabla 2. Indicadores de atención cerrada. Fuente: Unidad Estadística HEP 2024.

El número de egresos fluctúa a lo largo de los años, con una notable reducción en 2020 y 2021, y una recuperación en 2023. Esta variabilidad se explica en gran medida por el impacto de la pandemia, donde los ingresos y altas fueron limitados debido a la capacidad y a la necesidad de priorizar pacientes críticos. La tasa de letalidad (I.Letal) muestra un incremento en 2020, alcanzando un 6.9%, seguido de una disminución constante, alcanzando el 3.3% en 2023. Este descenso refleja mejoras en los resultados clínicos y la

capacidad del hospital para manejar casos graves con mayor eficacia conforme avanzan los años de recuperación post-pandemia.

El promedio de días de estancia sube en 2020 y se mantiene alto hasta 2021, con una reducción gradual en los años siguientes, regresando a 11.6 días en 2023. Esta duración de estancia refleja los desafíos de atención durante los picos de la pandemia, cuando los pacientes requerían cuidados prolongados.

El índice de ocupación de camas sigue una tendencia similar, con un descenso en 2020 (74.2%) y una recuperación hasta alcanzar el 86.4% en 2023, lo que sugiere una optimización en el uso de camas y un retorno a la operación normal. El índice de rotación de camas, que cayó en 2020, también muestra una recuperación, indicando un aumento en la capacidad del hospital para manejar la demanda de pacientes y optimizar la estancia.

La evolución de las métricas de atención cerrada entre 2019 y 2023 evidencia un hospital que ha tenido que adaptarse rápidamente a las demandas y restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19. La variabilidad en los egresos, letalidad, días de estancia y ocupación de camas indica los desafíos enfrentados y la capacidad de recuperación progresiva. Para 2023, el hospital ha logrado estabilizar sus indicadores de eficiencia y capacidad operativa, lo que sugiere una gestión optimizada de recursos y un retorno a niveles de atención previos a la pandemia.

iv. Intervenciones Quirúrgicas

En 2020, el total de intervenciones quirúrgicas disminuyó drásticamente (de 4,371 en 2019 a 2,869 en 2020) debido a las restricciones de capacidad hospitalaria y a la reprogramación de cirugías no urgentes durante la pandemia. Desde 2021, se observa una recuperación gradual en el número de intervenciones, alcanzando las 3,979 en 2023, lo que representa un aumento del 38% en comparación con el punto más bajo en 2020.

La evolución en el número de intervenciones quirúrgicas entre 2019 y 2023 refleja el impacto de la pandemia, con una fuerte reducción en 2020 seguida de una recuperación paulatina. Especialidades como cirugía vascular, abdominal y plástica muestran una recuperación sólida, mientras que otras, como coloproctología, reflejan mayores fluctuaciones. La estabilidad en cirugía vascular indica una demanda constante y prioritaria. En conjunto, el hospital ha adaptado su capacidad quirúrgica para responder a las especialidades con mayor demanda, alcanzando niveles cercanos a los de 2019 en 2023.

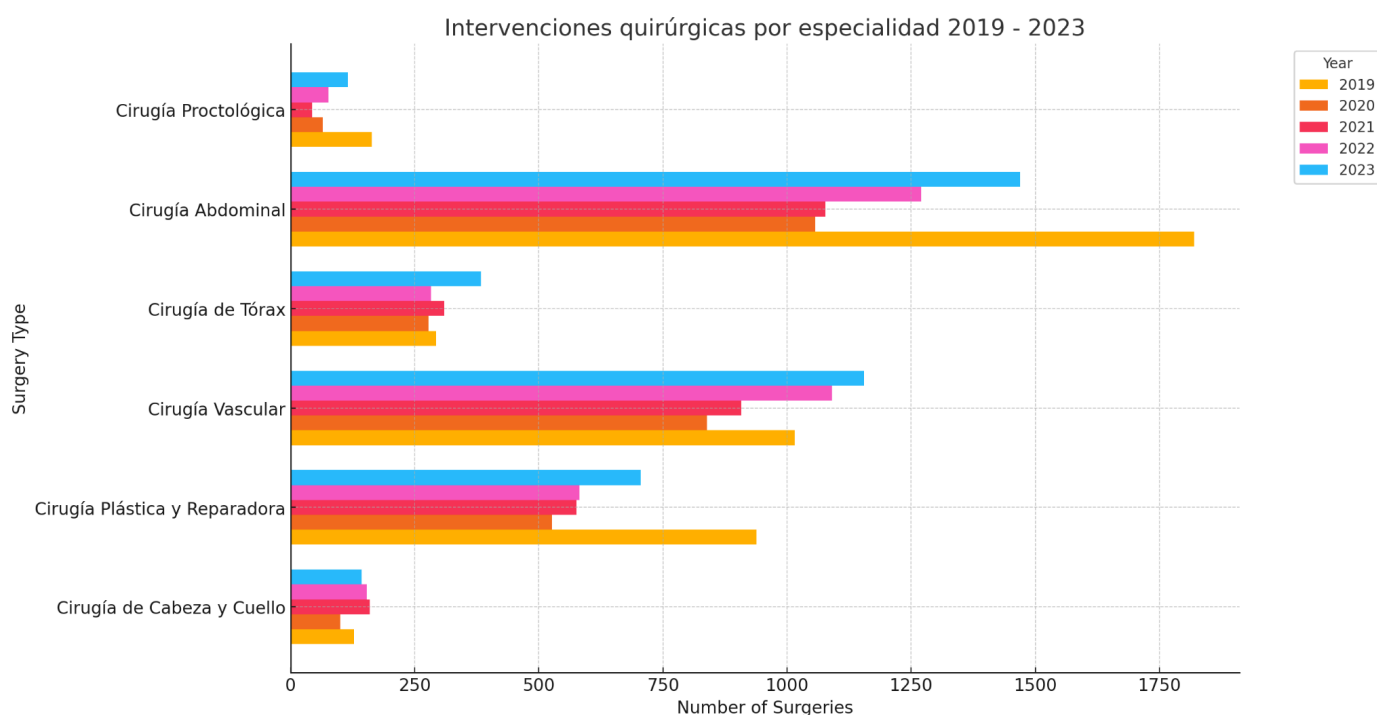


Gráfico 9. Evolución en el número de cirugías entre 2019 y 2023. Fuente: Elaboración propia con datos Boletín SUDAIS.

Para la especialidad de C. Cabeza y Cuello, se mantiene relativamente estable, con una ligera disminución en 2020 y 2021, seguida de una recuperación hasta 112 en 2023. Esta estabilidad refleja una demanda constante en esta especialidad. En cuanto a C. Plástica y Reparadora su número de intervenciones baja de 327 en 2019 a 204 en 2022, recuperándose a 316 en 2023. La caída en años de pandemia puede deberse a la priorización de otras cirugías más urgentes.

La especialidad de C. Vasculuar muestra una tendencia de crecimiento, comenzando con 824 intervenciones en 2019 y alcanzando 949 en 2023. Esto podría deberse a una mayor demanda de tratamientos vasculares, especialmente en una población envejecida.

En cirugía de Tórax se mantiene relativamente estable, con una leve disminución en 2022, seguida de un aumento a 384 intervenciones en 2023. La estabilidad en esta especialidad sugiere una demanda constante, con adaptación a los recursos disponibles durante los años de pandemia.

En cirugía Abdominal es en donde se tiene la mayor cantidad de intervenciones, disminuyendo de 1,820 en 2019 a un mínimo de 1,056 en 2020, pero recuperándose a 1,470 en 2023. La alta demanda sugiere que la cirugía abdominal es prioritaria y ha logrado restablecerse rápidamente.

v. Exámenes y Procedimientos

PROCEDIMIENTOS	2019	2020	2021	2022	2023
PROCEDIMIENTOS KINESIÓLOGOS	38089	38080	70385	59220	54249
PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGIA	9469	6117	10357	11635	13048
PROCEDIMIENTOS ANATOMÍA PATOLÓGICA	5934	9905	11795	15234	14794
PROCEDIMIENTOS LABORATORIO	782832	628374	847256	854432	921571

Tabla 3. Evolución en el número de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico. Fuente: Unidad Estadística HEP 2024.

Procedimientos Kinesiólogos:

- Los procedimientos de kinesiología presentan un aumento significativo en 2021 (70,385) tras mantenerse estables en 2019 y 2020 con aproximadamente 38,000 procedimientos.
- Esta subida en 2021 podría reflejar una mayor demanda de rehabilitación post-pandemia, dada la necesidad de recuperación en pacientes afectados por COVID-19.
- Sin embargo, después de 2021, el número disminuye a 54,249 en 2023, lo que indica una posible estabilización de la demanda de estos servicios a medida que se supera la fase crítica de recuperación post-COVID.

Procedimientos de Imagenología:

- Los procedimientos de imagenología experimentan una disminución en 2020 (6,117), probablemente debido a la reducción de estudios no urgentes durante la pandemia.
- Posteriormente, se observa una recuperación constante, alcanzando 13,048 en 2023. Este incremento puede reflejar una acumulación de estudios pendientes y un aumento en la capacidad de atención en esta área y también con la habilitación del Escáner.

Procedimientos de Anatomía Patológica:

- Estos procedimientos han crecido de manera sostenida desde 2019, alcanzando un máximo en 2022 con 15,234 procedimientos, para luego estabilizarse en 14,794 en 2023.
- El aumento puede indicar una mayor necesidad de biopsias y estudios histológicos, posiblemente vinculados a diagnósticos diferidos durante la pandemia o a una detección temprana mejorada de enfermedades.
- La estabilización en 2023 sugiere que el hospital ha alcanzado un nuevo nivel de demanda en esta área, consolidándose como una parte crucial del diagnóstico en casos complejos.

Procedimientos de Laboratorio:

- Actualmente la cartera de servicios de Laboratorio presta resolución a la demanda interna y presta servicios a la Red APS, tanto a aquella dependiente del Servicios de Salud y a la Municipalidad.
- Los procedimientos de laboratorio muestran una tendencia al alza notable, con una disminución en 2020 (628,374) y un aumento constante hasta alcanzar los 921,571 en 2023.
- La baja en 2020 refleja las restricciones de la pandemia, mientras que el aumento en los años posteriores sugiere una intensificación en las pruebas diagnósticas y de seguimiento, posiblemente asociada a la necesidad de controlar la salud de la población post-pandemia.
- Este crecimiento también podría indicar una mayor capacidad diagnóstica y un aumento en los chequeos regulares y estudios de detección, consolidando el papel del laboratorio en la atención hospitalaria.

4. Metodología

La planificación estratégica llevada a cabo por el hospital utilizó un mecanismo participativo, tanto en la fase diagnóstica como en la elaboración de los elementos direccionales, en el desarrollo de la estrategia y en el plan de acción.

El abordaje para trabajar en la planificación estratégica 2024 - 2027 se agrupó en 6 fases; Diagnóstica, elaboración de elementos direccionales, desarrollo de la estrategia, plan de acción e implementación finalizando con la socialización y el seguimiento, tal como se detalla en la figura 6.

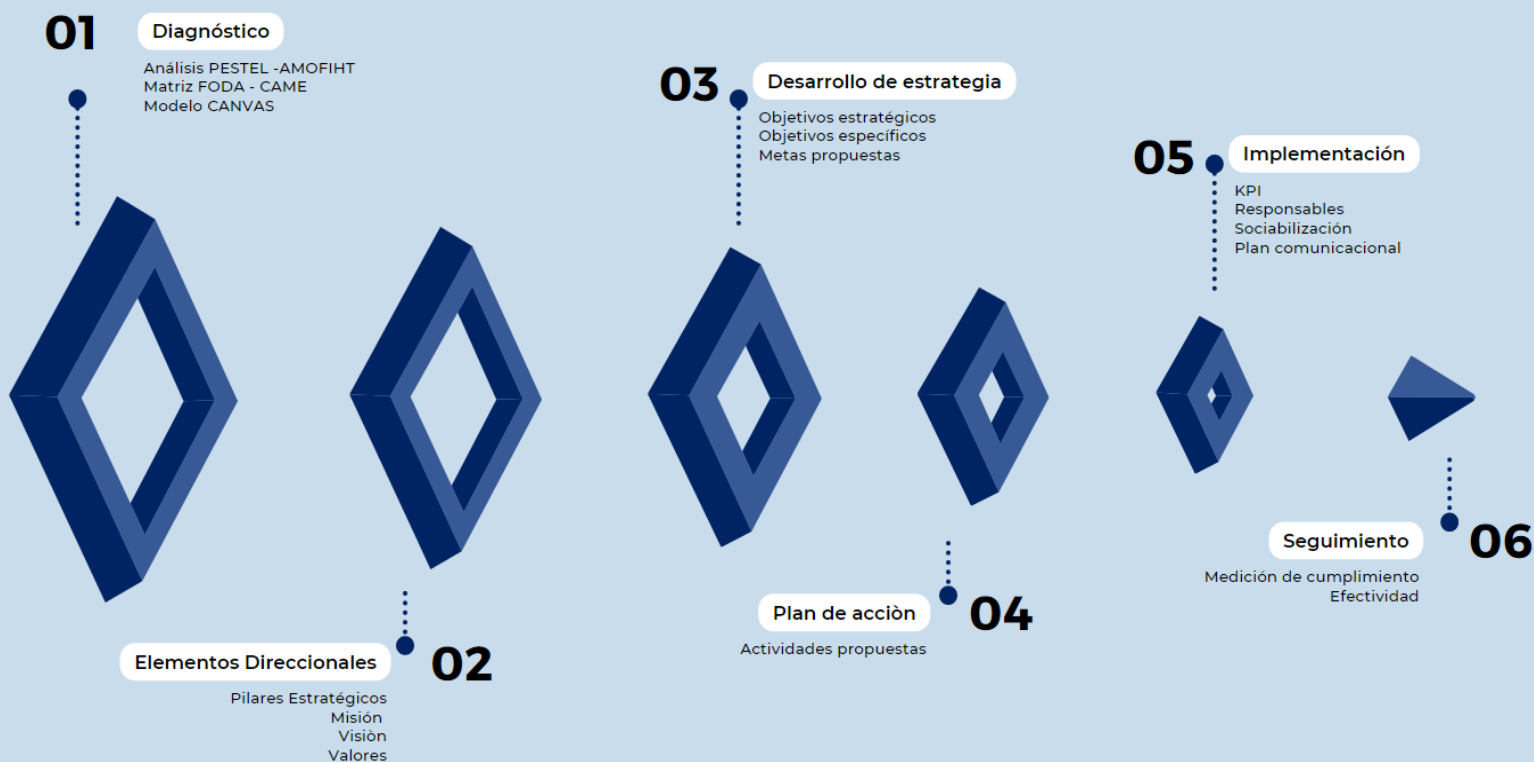


Fig. 6. Metodología planificación estratégica. Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describen cada una de las etapas utilizadas en la construcción de la planificación estratégica.

Diagnóstico Situacional

El principal objetivo de esta fase es generar un diagnóstico participativo a través de reuniones ampliadas, encuestas aplicadas a usuarios internos y externos, considerando abordar a todos los grupos de interés (directivos, trabajadores, pacientes, y comunidad) con la búsqueda complementaria en la literatura que nos permita obtener una visión completa tanto cualitativa como cuantitativa de las necesidades, fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades relacionadas con nuestra institución.

Para la realización del diagnóstico se trabajó a través de 3 etapas, en la primera etapa se buscó responder a la siguiente interrogante, ¿Cuál fue nuestro nivel de cumplimiento de la planificación vigente?, para lo cual, se realizó una revisión evaluando el cumplimiento de los

objetivos anteriores, identificando logros y brechas. En **Anexo 1** se detalla el cumplimiento de la Planificación Estratégica 2019-2023.

Asociado al punto anterior, se realizó un análisis de datos e indicadores de desempeño, incluyendo tasas de ocupación, tiempos de espera, índices de satisfacción de los usuarios, y otros indicadores clave para evaluar la situación actual, información que se encuentra descrita en la sección 3 de este presente informe. Esto permite tener una visión objetiva con datos duros respecto a cuáles podrían ser los puntos críticos de nuestro establecimiento.

Teniendo el análisis de cumplimiento se avanzó en generar reuniones participativas con una participación de 125 funcionarios de todos los estamentos y representantes gremiales bajo la metodología de *Brainstorming*, en donde se aplicaron preguntas asociadas a 15 temas (**Anexo 2**), en relación a lineamientos ministeriales y a la planificación estratégica vigente del SSVSA. Esta información constituye el insumo base para elaborar el diagnóstico situacional del hospital. Junto a lo anterior se aplicó una encuesta online, en donde se registraron 231 respuestas de la comunidad usuaria y no usuaria, identificando aquellas temáticas de mayor relevancia para la planificación estratégica, y también cuales son los puntos fuertes y débiles en el funcionamiento del hospital. Los resultados de la encuesta aplicada se pueden revisar en el **Anexo 3**.

Posteriormente con los datos obtenidos en la etapa 1 se procede a generar el análisis estratégico, el cual es trabajado por el equipo de Planificación Estratégica y posteriormente validado por el equipo directivo. Estos análisis se basan en la metodología PESTEL y AMOFHIT. El primer acrónimo, PESTEL (Político, Económico, Social, Tecnológico, Ecológico, Legal) nos permite entender el entorno externo, entregando información clave para identificar las amenazas y oportunidades. En cuanto al AMOFHIT (Administración, Marketing, Operaciones y Logística, Financiero, Recurso Humano, Sistema de la información, Tecnología), nos dará información relacionada a elementos que definen el contexto interno hospitalario, determinando así, cuales son nuestra fortalezas y debilidades; elementos claves para determinar el FODA.

Como se detalla en los párrafos anteriores, las jornadas participativas más los análisis PESTEL y AMOFHIT, permitieron construir la matriz FODA, la que permitió ordenar la información obtenida categorizando en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Respecto al análisis FODA, se definen 15 elementos para cada cuadrante como marco inicial. Esta información fue trabajada en entre equipo de planificación y equipo directivo quienes deberían focalizar los resultados de la matriz FODA inicial en una matriz FODA priorizada, escogiendo en base a tres variables; impacto, relevancia y oportunidad de cambio. Los resultados de esta priorización se pueden ver en el **Anexo 4**.

Con la matriz priorizada, se genera una disminución a 8 elementos por cada ítem evaluado. Sin embargo, de acuerdo a metodologías de gestión, se recomienda contar con una matriz que no contenga más de 5 elementos por cada ítem para que sean abordables, por lo que se aplicó la estrategia de FODA DINÁMICO, seleccionando 4 los componentes de cada área. Este FODA DINÁMICO se caracteriza por hacer un cruce entre los elementos internos y externos de la matriz, dando una puntuación de 1 a 5 a las siguientes respuestas;

- ¿De qué forma la fortaleza me permite aprovechar la oportunidad? - Fortaleza / Oportunidad.

- ¿Si refuerzo la fortaleza hasta que punto puedo defenderme mejor de la amenaza?
Fortaleza / Amenaza
- ¿Si corrijo la debilidad hasta que punto aprovecharé mejor la oportunidad? Debilidad / Oportunidad
- ¿Si corrijo la debilidad hasta que punto puedo defenderme mejor de la amenaza?
Debilidad / Amenaza

Los resultados de este FODA DINÁMICO se detallan en **Anexo 5**.

Como última etapa de esta fase diagnóstica, se procede a generar Matriz CAME (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar). Esto constituye el insumo clave, ya que permite identificar aquellas fortalezas que se deben mantener, oportunidades que deben ser explotadas, debilidades que deben ser corregidas y amenazas que la institución deberá afrontar. Los resultados de esta matriz se pueden revisar en **Anexo 6**.

Elementos Direccionales

Una vez definido el diagnóstico situacional, en conjunto con el equipo directivo se procedió a establecer un modelo de Gestión con metodología Canvas, identificando los siguientes elementos;

- Usuarios
- Propuesta Valor
- Canales
- Relación con los usuarios
- Ingresos
- Recursos Claves
- Actividades Claves
- Asociaciones Claves
- Costos

El modelo de gestión CANVAS establece las bases que identificarán el modelo de funcionamiento del hospital para los próximos años, teniendo en cuenta las expectativas de los stakeholders (usuarios) internos y externos.

Posterior a la definición del modelo de gestión, se definen los pilares estratégicos que nacen de la etapa diagnóstica, identificando a nivel directivo los objetivos generales para cada uno de ellos.

Tanto el modelo de gestión trabajado junto con los pilares estratégicos fueron validados en una jornada participativa de 120 asistentes. Es en esta misma instancia en donde se define la misión, visión y valores del hospital, lo cual fue construido en tiempo real a través del uso de la herramienta *Mentimeter*. En esta instancia se generaron mesas de trabajo de 8 integrantes, quienes debían responder las siguientes preguntas;

Misión:

- ¿Qué creen que hace único a nuestro hospital en comparación con otros?
- ¿Cuál es el propósito principal de nuestro hospital?

Valores:

- ¿Qué valores creen que son esenciales para guiar nuestras acciones y decisiones diarias en el hospital?
- ¿Qué valores apreciarían nuestros pacientes y la comunidad en nosotros?

Visión:

- ¿Cómo ves a nuestro hospital en los próximos 5 años?
- ¿Qué logros e innovaciones importantes les gustaría que alcanzara nuestro hospital en el futuro?
- ¿Basados en los pilares estratégicos, cuál es la principal meta que creen que nos deberíamos enfocar para ser considerados líderes en salud?

Esto permitió poder construir los elementos que direccionarán al hospital los próximos 4 años. Los resultados e imágenes de estas jornadas se encuentran disponibles en el **Anexo 7**. En la figura 7 se ilustra el paso a paso de estas etapas.



Fig. 7. Pasos para definición de elementos direccionales. Fuente: Elaboración propia.

Formulación de Estrategias

El desarrollo de la estrategia consta de establecer los objetivos estratégicos y específicos junto con las metas esperables de cada uno de los pilares establecidos y validados por la comunidad. Este trabajo fue realizado de forma conjunta entre el equipo de planificación y el equipo directivo, bajo metodología SMART. Cada uno de los objetivos descritos debe ser específico al área de aplicación, medible, alcanzable, relevante y con un tiempo determinado. El resultado de los objetivos se encuentra en la sección 10.

Planes de Acción

El desarrollo de los planes de acción se realizó de manera participativa en grupos de 6 personas, en donde se definió un grupo por objetivo específico, con la finalidad de que fuesen los responsables de procesos los que definieron las acciones necesarias para alcanzar los objetivos planteados. En **anexo 8** se detalla la metodología utilizada junto con imágenes de reuniones realizadas.

Implementación y Ejecución

La fase de implementación tiene por finalidad plasmar las acciones definidas en la etapa anterior en forma de acciones asociadas a objetivos específicos, con metas anuales, verificables, responsables e indicadores de medición. La elaboración de esta etapa es responsabilidad del equipo de planificación estratégica. Dentro de los elementos claves para asegurar un funcionamiento correcto, se deben considerar los siguientes puntos:

- **Asignación de Responsabilidades:** Delegar responsabilidades a los líderes de cada área, asegurando claridad en los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo.
- **Capacitación y Sensibilización:** Formar a los equipos en las nuevas políticas y procedimientos, sensibilizándolos sobre la importancia de los objetivos estratégicos y promoviendo su participación.
- **Coordinación entre Áreas:** Fomentar la comunicación y coordinación entre los distintos departamentos para asegurar una ejecución alineada y sin conflictos de objetivos.

Monitoreo, Evaluación y Ajustes

Asegurar un correcto desarrollo de la planificación estratégica va de la mano a una correcta estrategia de monitoreo, evaluación y ajustes a algunas acciones que puedan ir surgiendo, lo cual se plasma a través de los planes anuales de actividades, lo que es responsabilidad de la unidad de Planificación y Control de Gestión. Los objetivos de esta etapa se declaran en los siguientes puntos;

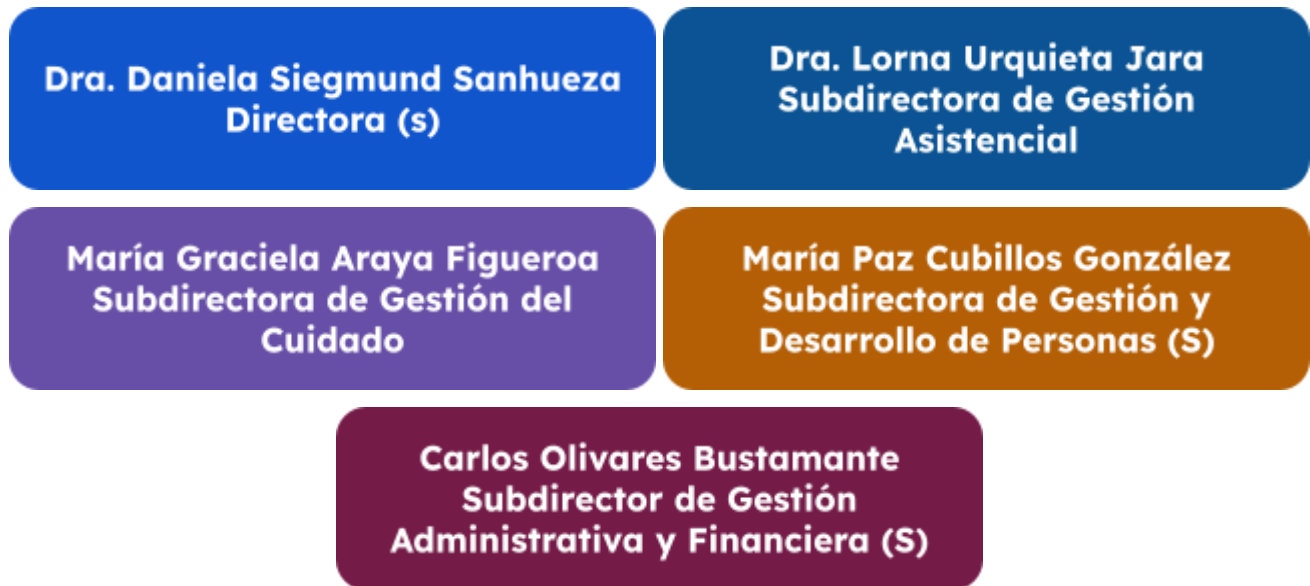
- **Seguimiento de Indicadores:** Realizar un monitoreo continuo de los indicadores de desempeño establecidos, evaluando el progreso de cada plan de acción y objetivo estratégico.
- **Revisión y Retroalimentación Periódica:** Programar reuniones de revisión periódicas para analizar los resultados y ajustar los planes en función de los cambios en el entorno o en las necesidades internas.
- **Informe de Resultados y Transparencia:** Elaborar informes periódicos para comunicar los avances y desafíos, tanto a la alta dirección como a toda la comunidad hospitalaria.
- **Ajustes Estratégicos:** Adaptar la estrategia según los hallazgos del monitoreo, permitiendo flexibilidad en la ejecución para responder a cambios en el contexto externo o en la capacidad del hospital.

Acción Participativa

- Las cuatro primeras fases, que determinan las bases de la planificación estratégica se diseñaron de manera participativa y colaborativa tanto con los funcionarios como con la comunidad.
- Para la etapa diagnóstica se generaron tres jornadas participativas, en donde hubo una participación de 125 funcionarios y 8 personas de la comunidad. De igual forma se trabajó en una encuesta online, la que alcanzó 239 respuestas, en donde el 69% era usuario del establecimiento. Todos estos elementos permitieron trabajar en un diagnóstico participativo.
- En la fase de elementos direccionales, se generaron reuniones estratégicas con equipo directivo para la elaboración de pilares estratégicos.
- Para la validación de estos pilares, junto con la definición de la misión, valores y visión se realizó una jornada de trabajo estructurada con más de 120 participantes incluidos funcionarios de los diferentes estamentos, jefaturas tanto de áreas clínicas como administrativas, representantes gremiales, comunidad usuaria, divididos en mesas de trabajo donde se tomaron en cuenta diferentes puntos de vista.
- En cuanto a la elaboración del plan de acción, se definieron grupos de trabajo para cada objetivo estratégico identificado, con la finalidad de definir acciones en conjunto con los que ejecutan los procesos, asegurando plasmar acciones que son alcanzables y que generen impacto en el quehacer hospitalario.

5. Equipo Directivo y Técnico

Equipo Directivo



Equipo Técnico



Redactor : Alex Tapia Mena

6. Equipo Trabajo Participativo

- AGUAYO ROJAS PABLA CECILIA
- AGUILERA BERRIOS ANGELO ALEXIS
- AGUILERA MUÑOZ EDUARDO MARCELO
- ALCAZAR ALCAZAR CLAUDIA CONSTANZA
- ALDANA AHUMADA ERIKA IRENE
- ALDANA GONZALEZ FREDDY JAIME
- ALMARZA MARINGER LUZ
- ALTAMIRANO TOBAR ELIZABETH CARMEN
- ALVAREZ CHAVEZ MARIA FERNANDA
- ALVAREZ CHEPULICH GLORIA
- ARANCIBIA ARANCIBIA TAMARA MONSERRAT
- ARANCIBIA GONZALEZ ROLANDO ANDRES
- ARAYA FIGUEROA MARIA GRACIELA
- ARCE DIAZ DANIEL ANDRES
- ARCE DIAZ SANDRA EMILIA DEL CARMEN
- AREVALO DIAZ ANAHI DILEILA
- ARIAS DEL VALLE ALEXIA ANDREA
- AROS CORNEJO KAREN MACARENA
- AZUA RIVERA TEGUALDA
- ARREDONDO SANCHEZ ROMINA ANDREA
- BARRAZA MARTINEZ MELISSA ESTRELLA
- BARRAZA MESQUIDA JAIME JOSE
- BASAEZ ANDAUR NATALIA SUSAN DEL ROSARIO
- BASUALTO BENITEZ KARLA ANDREA
- BENAVIDES GONZALEZ Yael PAZ
- BERENGUER AMILIVIA MONICA MARIA
- BOBADILLA VALDEBENITO CAROLINA
- BOTTO OAKLEY ALBERTO HUGO
- CABEZAS CASTRO JOSE EULOGIO
- CACERES SANCHEZ JOSE TOMAS
- CACERES ROJAS ROSA
- CAMPOS BUSTOS SILVIA MARIA
- CANALES TAPIA XIMENA
- CARO NARVAEZ ISABEL
- CAROCCA LAZO GIOVANNA ANDREA
- CARRERA GUEVARA MAILOVIA ROSARIO
- CARRILLO DIAZ ABIGAIL BETSABE
- CARRIZO ARREDONDO ALVARO RODOLFO
- CARRIZO SILVA CAMILA DANIELA
- CARVAJAL TAPIA KATHIA CAROLINA
- CASTILLO CORDOVA PATRICIA INGRID
- CEVALLOS PICO MONICA SUSAN
- CHAMORRO MOLINA FRANCO IGNACIO
- CHAVEZ MUÑOZ ELVIRA NOEMI
- CHICUY MANCILLA IAN FELIX
- CISTERNAS CISTERNAS YOCELYN KATHERINE
- CORDERO CAMILO ROGELIO IGNACIO
- CORDOVA AITKEN GREGORY FRANCISCO
- CRUZ LOBOS MARIA CRISTINA
- CUBILLOS GONZALEZ MARIA PAZ
- DELGADO MAGAÑA RAUL EUGENIO
- DELPINO SANTIBAÑEZ MOISES ALEXANDER
- DIAZ BARRIA RODRIGO ANDRES
- DIAZ CASTILLO CARMEN
- DIAZ OJEDA DIEGO FERNANDO
- ECHEVARRIA LEIVA DANIELA CONSTANZA
- ECHEVERRIA SAGAL PAOLA ELIZABETH
- ELGUETA VARGAS IGNACIO ENRIQUE
- ELGUETA PEREZ MARCELA
- ENCINA VILLARREAL CAMILA DEL CARMEN
- ESCALONA SERGIO ALFREDO
- ESCOBAR PINO MONICA ELIZABETH
- ESCUDERO PASTENE BRUTNELA ALICIA
- ESPARZA VILLALOBOS ALEJANDRA PATRICIA
- FERNANDEZ PEREZ KIMBERLY MACARENA
- FRANCO GUTIERREZ SANDRA VERONICA
- FUENTES CASTILLO DIANA FABIOLA
- FUENTES FERNANDEZ MARCELO ANTONIO
- GALVEZ VIDAL RODRIGO IGNACIO
- GALVEZ QUEZADA ALICIA
- GAMBOA VALLEJOS ESTEFANIA DEL CARMEN
- GARCIA ESPINOZA ALEJANDRO
- GARIN SOTO MARIA JOSE
- GODOY DAGACH DOMINIQUE SOLEDAD
- GOMEZ BESACCIA FELIPE IGNACIO
- GOMEZ DIAZ SARA LILIANA
- GONZALEZ DEL CANTO PABLO RAUL
- GONZALEZ FIGUEROA RAUL AGUSTIN
- GONZALEZ LETELIER VARINIA DEL PILAR
- GONZALEZ RETAMALES NICOLE ALEXANDRA
- GREZ GONZALEZ NATALIA BETZABE
- GUARDA RODRIGUEZ MARIA SOLEDAD
- GUERRA RIOS JUAN MANUEL
- GUERRERO CARMONA CLAUDIA ANDREA
- GUERRERO PIZARRO CHRISTIAN ALFREDO
- GUTIERREZ ROMERO CORINA ALEJANDRA
- GUTIERREZ REYES MARIO
- GUZMAN DIAZ GUILLERMO LINO
- HARO CID CONSUELO CONSTANZA
- HENRIQUEZ GARRIDO LORENA ALEJANDRA
- HORMAZABAL CASTRO MIGUEL ABEL
- JERIA PAILAQUEO YOSELIN ESTEFANI
- JIMENEZ AGUILAR ANDREA PATRICIA
- JOFRE MARAMBIO KIARA
- JORQUERA FLORES CAROLINA ANDREA
- KALLENS PADILLA KEVIN AXEL
- LANDAHUR RIVEROS CLAUDIA VALENTINA
- LASTRA CHAMORRO HECTOR ANIBAL
- LAVIERA GONZALEZ ADRIANA MARIA
- LINGUE SOTO MARIA LUISA
- LOPEZ SEGOVIA HEBERT ALONSO
- LOVERA RIQUELME CRISTIAN EDUARDO
- LOYOLA JIMENEZ KATHERINE VIRGINIA
- MARMOLEJO PRADO CARLOS MARIO
- MARTINEZ BENAVIDES CECILIA ALEJANDRA
- MIRANDA MUÑOZ MARTA XIMENA
- MONARDES CID CAROLINA EVELYN
- MONTES ANDRADE RODRIGO IVAN
- MONTOYA MONTOYA KHYARA STEPHANIE
- MONTOYA RIQUELME JACQUELINE
- MORA CORNEJO LUISA MARIBEL
- MOYANO FERNANDEZ ALEJANDRO PATRICIO
- MUÑOZ ESCOBAR MARIA ALEJANDRA
- MUÑOZ FERNANDOY FRANCISCO ANDRÉS
- MUÑOZ GOIC NICOLL ANDREA
- NANJARI BARRIA RODRIGO
- OLEA CARDENAS PAMELA ROSA
- OLEA TAPIA HUGO FRANCISCO

- OLIVARES BUSTAMANTE CARLOS ENRIQUE
- OLIVARES OLIVARES EUGENIA BEATRIZ
- OPAZO SANCHEZ HECTOR ALONSO
- ORDENES ARAYA ANUSKA KANALIA
- ORTEGA NAVIA ALEXIS JAVIER
- ORTIZ AROS VIRGINIA ALEJANDRA
- ORTIZ MARTINEZ NIEVES CAROLA
- OYARZUN CUEVAS FRANCISCO RUBEN
- PALACIO GALARCE KATHERINE DANIELA
- PALMA RODRIGUEZ NATHALY SOLEDAD
- PAREDES DOUGLAS GABRIELA SUSANA
- PEÑAFIEL ALMONACID CECILIA ANDREA
- PEREIRA OSORIO MARIA JOSE
- PINO CAÑAS MARGARITA DEL PILAR
- PONCE PEÑA PAOLA ISABEL
- PORRAS ALBORNOZ ANDREA FERNANDA
- QUIROZ JERIA TATIANA INGRID
- RAMIREZ MONTECINOS FLORENCIA PAOLA
- RAMOS MORALES EVELYN MARITZA
- RAMOS UBILLUS KAMILA JAVIERA
- RETES SALAZAR DIANA ISIS
- RICHARD BRAVO HECTOR
- RIVERA MORALES SERGIO ARTURO
- RODRIGUEZ CARVAJAL JANETT ALEJANDRA
- RODRIGUEZ OLMOS JORGE ALBERTO
- ROJAS NUÑEZ FERNANDA IGNACIA
- ROJAS ROJAS MARCELO RAMON
- ROMERO MOLINA MARIEN MERCEDES
- ROMERO SALINAS RICARDO
- RUBILLANCA ARENAS FRANCISCA PIA
- SAEZ SAEZ PAULO ALEJANDRO
- SALCES SALCES ALEJANDRA ELIANA
- SANCHEZ LILLO GONZALO RODRIGO
- SANTIZ TELLEZ RAUL
- SANZANA MARTINEZ PABLO ANDRES
- SEREÑO VERA CAMILA CONSTANZA
- SIEGMUND SANHUEZA DANIELA
- SILVA FREDES KARLA DEL ROSARIO
- SOTO MANRIQUEZ VICTOR MOISES
- SOTO RETAMAL LEONOR CAROLINA
- SUÑER ARREDONDO LEONARDO ANTONIO
- TAPIA MENA ALEX LEANDRO
- TORDECILLA TORRES NICOLAS PATRICIO
- TORO MUÑOZ MARIA VICTORIA
- TORRES SALINAS PAULA ANDREA
- TORRES SANDOVAL JACQUELINE
- TREJO LAZO MAKARENA
- TRONCOSO CAMPOS STEPHANIE JARITZA
- TRONCOSO SOTO CARLOS HUMBERTO
- URBANI CASTILLO CARLA ANTONELLA
- URQUIETA JARA LORNA
- UTRERAS GUERRA MARISOL ELISA
- VALDES FIGUEROA NATALIE ANDREA
- VALDES LANDEROS FRANCISCO ANTONIO
- VALDIVIA IBAÑEZ OMAR ANIBAL
- VALENZUELA MIRANDA EVELYN YANETT
- VALENZUELA MORALES VICTOR GIUSEPPE
- VALLE SANHUEZA ELIZABETH DEL CARMEN
- VASQUEZ VERGARA EDITH RUTH
- VEGA GUTIERREZ GABRIEL ANDRES
- VEGA PIZARRO ANA BEATRIZ
- VERA ABARCA ALVARO JOSE
- VERA MARIN PAOLA LOURDES
- VERA OÑAT RUTH ELIANA
- VERA SANTIS PAOLA ALBERTINA
- VERA VARGAS PAOLA ANDREA
- VIDAL ABARCA PATRICIA BEGOÑA
- YAÑEZ SAN MARTIN CATHERINE ANDREA
- ZAMORA SOTO ALEXANDER ANDRE
- ZUÑIGA CAVIERES KATHLEEN SOLANGE
- ZUÑIGA JIMENEZ LUIS CARLOS
- ZURITA ESPINOZA ANGELICA XIMENA

7. Análisis interno y del Entorno del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez

Tal como se planteó en la metodología, se establecieron tres análisis para identificar el contexto Hospitalario; un análisis PESTEL, AMOFHIT y finalmente un análisis FODA.

ANÁLISIS PESTEL

Político

El entorno político presenta oportunidades clave, como la existencia de **políticas de participación usuaria** y de **retención y reconocimiento del personal**, que refuerzan la humanización de los servicios y la estabilidad laboral, respectivamente. Además, los **programas de capacitación** en liderazgo fortalecen las competencias de los equipos para gestionar cambios políticos y organizacionales. Sin embargo, el hospital enfrenta amenazas como los frecuentes **cambios legislativos** que no siempre van acompañados de los recursos necesarios, lo que genera tensiones en la gestión. También se identifican lineamientos del MINSAL que no siempre se ajustan al perfil hospitalario, dificultando el cumplimiento de metas, y la alta rotación de directivos del Servicio de Salud, lo que compromete la continuidad de estrategias y proyectos a largo plazo.

Económico

En el ámbito económico, el hospital tiene la oportunidad de **diversificar su capacidad financiera** mediante la búsqueda de financiamiento adicional y el **desarrollo de estudios preinversionales** aprobados, que facilitan la priorización de proyectos estratégicos. Estas iniciativas pueden contribuir significativamente a cerrar brechas operativas e infraestructurales. Sin embargo, existen desafíos importantes, como la **escasez de recursos financieros** que limita la ejecución de proyectos críticos, los altos costos asociados a la contratación de servicios externos y la **centralización de la gestión financiera por el SSVSA**, que restringe la autonomía del hospital para priorizar inversiones según sus necesidades locales.

Social

El entorno social ofrece oportunidades destacadas, como la **modernización tecnológica y la digitalización**, que mejoran la experiencia del usuario y la accesibilidad de los servicios. Asimismo, la mejora de los canales de **comunicación externa**, como redes sociales y medios masivos, refuerza la relación entre el hospital y la comunidad usuaria, fortaleciendo su **confianza y percepción**. Además, la **integración** con la red asistencial favorece la continuidad de la atención. Sin embargo, las amenazas incluyen el **aumento sostenido de la demanda** y la complejidad de las prestaciones, lo que puede saturar los servicios, además de la escasez de médicos y otros profesionales, que impacta la capacidad resolutoria. La atracción de personal por parte de servicios de salud contiguos también representa una fuga de talento crítico.

Tecnología

Desde una perspectiva tecnológica, el hospital cuenta con oportunidades importantes como la existencia de **estrategias de una ficha clínica electrónica integrada** en la red asistencial, que mejora la continuidad de la atención y la gestión eficiente de los datos clínicos. Además, la modernización tecnológica y la digitalización de procesos administrativos y clínicos abren paso a una mayor eficiencia operativa y a la posibilidad de convertirse en un referente en innovación. Sin embargo, la **falta de coordinación en la gestión de la red asistencial** puede limitar el potencial de estas herramientas tecnológicas, afectando su interoperabilidad y la calidad del servicio.

Ecológico

En el ámbito ecológico, la disponibilidad de recursos para la mejora de la infraestructura hospitalaria representa una oportunidad para incorporar criterios de **sostenibilidad** en las instalaciones, generando un entorno más eficiente y amigable con el medio ambiente. La existencia de políticas gubernamentales como Cero Papel, plantean oportunidades en la necesidad de modernización de los procesos que se llevan a cabo en el establecimiento. Sin embargo, la **localización y accesibilidad** del hospital plantean desafíos significativos, ya que pueden limitar la llegada de usuarios y aumentar la dependencia del transporte público o privado, afectando negativamente la percepción y utilización de los servicios hospitalarios.

Legal

El marco legal también presenta oportunidades, como las políticas de retención y reconocimiento del personal, que permiten al hospital cumplir con **normativas laborales** y atraer talento, así como los programas de capacitación en liderazgo, que facilitan la adecuación a exigencias legales relacionadas con la formación continua de los equipos. No obstante, existen amenazas relevantes, como los cambios legislativos que no siempre se acompañan de los recursos necesarios para su implementación, lo que genera desajustes operativos. Además, los **lineamientos ministeriales** que no se alinean con las capacidades reales del hospital dificultan la operatividad y el cumplimiento de metas, poniendo en riesgo la sostenibilidad de la gestión.

ANÁLISIS AMOFHIT

Administración

El HEP cuenta con una **integración clínico-administrativa** que contribuye a una gestión hospitalaria más eficiente, facilitando la toma de decisiones y la comunicación interna. Sin embargo, el **desconocimiento de la misión, visión y funciones** institucionales afectan la planificación estratégica y la alineación del personal con los objetivos del hospital, generando una debilidad en el funcionamiento del hospital.

Marketing

La **atención centrada en el paciente** y la **calidad humana del personal** mejoran la satisfacción del usuario, constituyendo una fortaleza. No obstante, las **brechas en tecnologías de la información** y la **falta de reconocimiento a nivel regional y nacional de nuestro hospital** afectan las estrategias de marketing y la motivación del personal, limitando la presencia en línea y el alcance comunicacional. Como fortalezas, también destacar que se cuenta con un **equipo de comunicaciones** y de **participación social** que se encuentra encargado de fomentar la participación usuaria para fortalecer las relaciones públicas.

Operaciones

Los **procedimientos estandarizados** y la capacidad para resolver **procedimientos clínicos de alta complejidad** son fortalezas operativas que posicionan al hospital como referente. Sin embargo, existen **problemáticas de infraestructura** como pabellones antiguos y la falta de control de insumos que generan ineficiencias y riesgos en la atención.

Finanzas

La **eficiente gestión de recursos** y la **autogestión financiera** son fortalezas que contribuyen a la sostenibilidad económica del hospital. Sin embargo, la escasez de recursos financieros y los altos costos de servicios externos son debilidades que limitan la capacidad de inversión y pueden afectar la calidad de los servicios ofrecidos.

Recurso Humano

El **compromiso del personal** y la formación de **equipos colaborativos** son fortalezas que impactan positivamente en la atención al paciente. Sin embargo, la **alta rotación de funcionarios** y las **brechas de médicos especialistas** son debilidades que afectan la continuidad y capacidad resolutive. La existencia de programas de capacitación y reconocimiento para disminuir la rotación y atraer talento constituyen una fortaleza, al igual que el sentido de pertenencia existente en los funcionarios del hospital y su compromiso con el establecimiento y sus pacientes.

Información

La **información estadística accesible** y la **integración clínico-administrativa** son fortalezas que permiten una toma de decisiones informada. Sin embargo, las **brechas en tecnologías** de la información y en capacitación en esta área limitan la gestión eficiente de datos y la seguridad de la información, además de no contar con la digitalización del total de nuestros documentos ya sea asistenciales como administrativos.

Tecnologías

La **adaptación del personal** a nuevas tecnologías y los programas de capacitación son fortalezas que facilitan la innovación y mejora continua. Las **brechas en infraestructura y tecnologías** de la información son debilidades que limitan el acceso a tecnología básica y avanzada y afectan la calidad de atención.

ANÁLISIS FODA

En base a los elementos identificados análisis anteriores, junto con el trabajo realizado durante las jornadas presenciales del mes de marzo, se identifican los siguientes elementos que constituyen la matriz FODA;

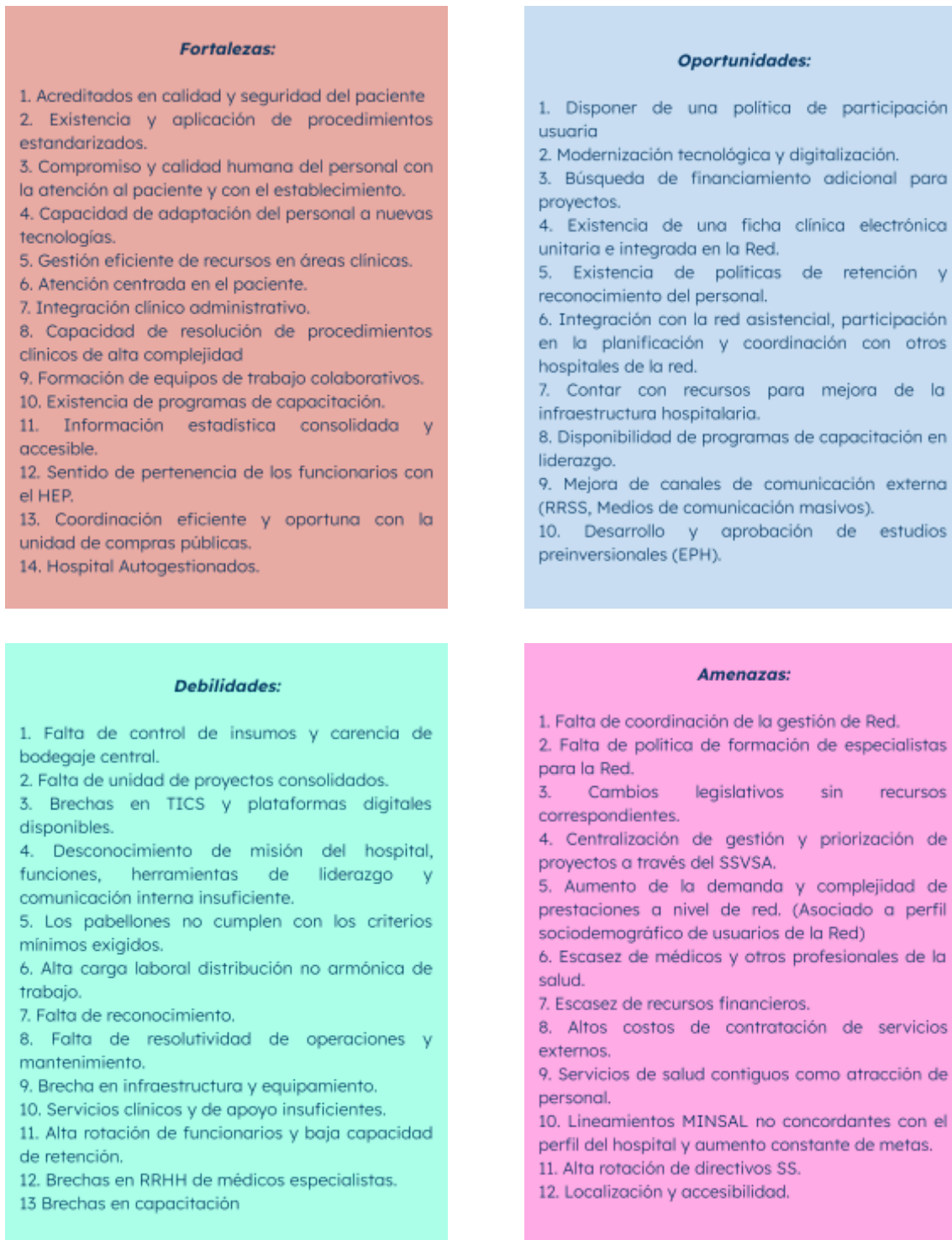


Fig. 8. Matriz FODA. Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de estos elementos fue evaluado en base a la relevancia, el impacto y la capacidad de cambio, con valores escalables de 1 a 3. El resultado de esto fue una matriz FODA priorizada con 8 elementos, para luego generar una matriz de **FODA Dinámico**.



Fig. 9. Matriz FODA priorizada. Fuente: Elaboración propia.

Con esta información se trabaja en matriz CAME, en donde se identifican las debilidades que se deben corregir, las amenazas que se deben afrontar, las fortalezas que deben ser mantenidas y las oportunidades que se deben explotar.

8. Modelo de Gestión CANVAS

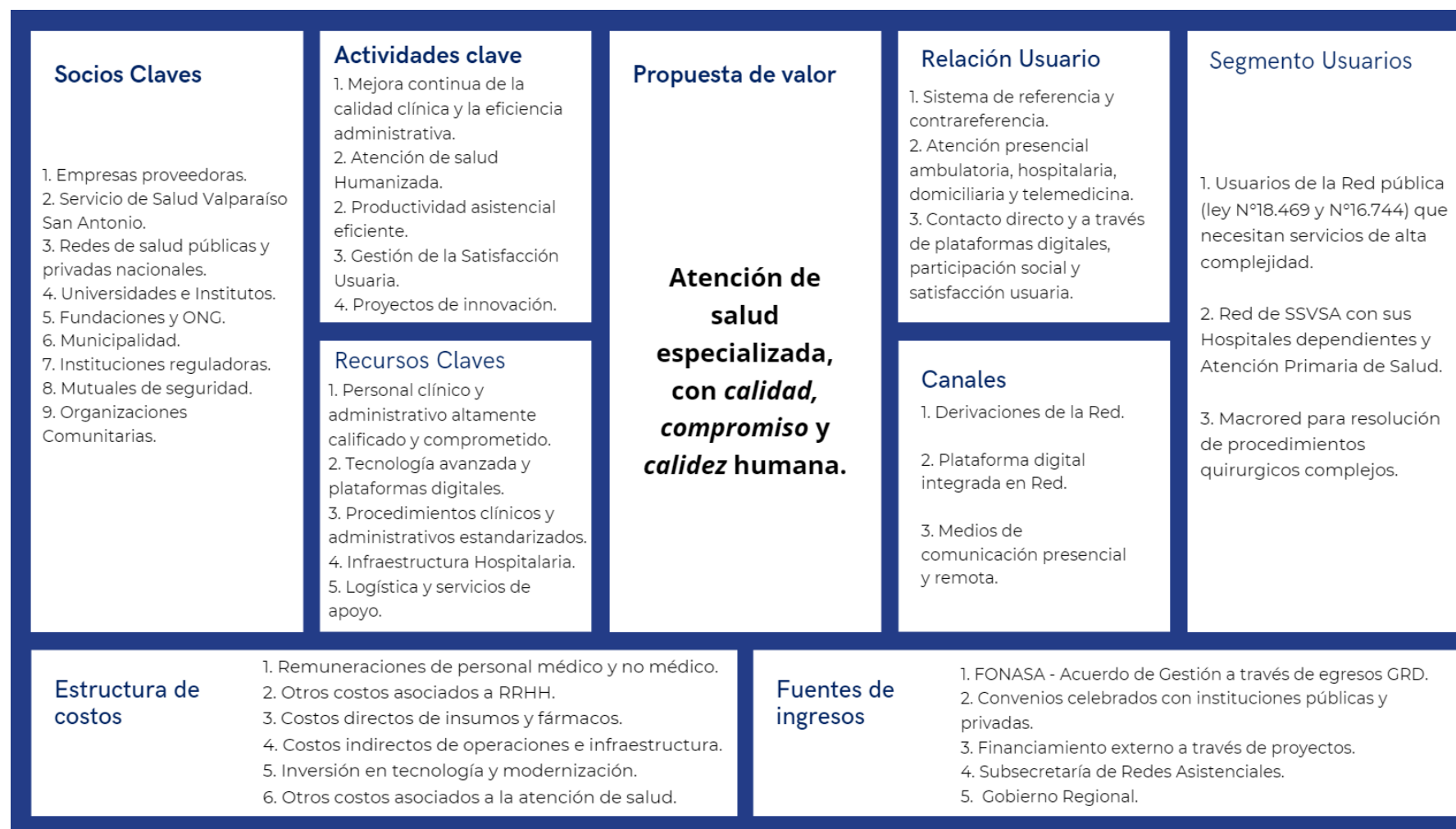


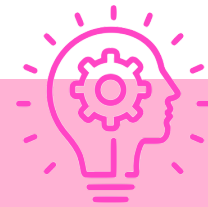
Fig. 10. Modelo de Gestión CANVAS. Fuente: Elaboración propia.

9. Pilares estratégicos, Misión, Visión y Valores

Pilares Estratégicos



I. Gestión Asistencial
Eficiente, de Calidad, Segura
y Humanizada



II. Innovación y
Modernización tecnológica



III. Desarrollo, Retención del
talento y Liderazgo



IV. Optimización en el uso de
Recursos Financieros

Misión

“Brindamos atención médico-quirúrgica de **alta complejidad, humanizada, eficiente** y de **calidad**, con compromiso hacia nuestros pacientes y la comunidad”

Visión

"Ser líderes en **innovación, digitalizados**, con **alta tecnología e infraestructura** moderna, ofreciendo atención resolutiva, **humanizada e inclusiva**, manteniendo nuestro compromiso con nuestros pacientes, comunidad y medio ambiente."

Valores



COMPROMISO

Dedicados a la salud y bienestar de nuestros pacientes y la comunidad, ofreciendo atención humanizada y de calidad.



EXCELENCIA

Alcanzamos los más altos estándares en nuestros servicios, promoviendo la calidad y seguridad, la innovación y modernización en procesos e infraestructura.



RESPECTO

Valoramos la dignidad de cada persona, garantizando un trato humanizado, inclusivo, empático y respetuoso.



RESPONSABILIDAD

Actuamos con integridad, gestionando recursos de manera óptima y respetuosa con el medio ambiente.

10. Objetivos Estratégicos y Específicos 2024 - 2027

<p>PILAR 1: Gestión Asistencial Eficiente, de Calidad, Segura y Humanizada</p>	<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Brindar una atención de salud resolutiva, oportuna y humanizada, a través de procesos eficientes, participativos y coordinados con la Red.</p>	<p>Optimizar procesos clínicos y administrativos a través de una gestión clínica eficiente, resolutiva y oportuna.</p> <p>Brindar una atención de salud humanizada a través de fortalecimiento de estrategias de satisfacción y participación comunitaria.</p> <p>Fortalecer una gestión asistencial coordinada y eficiente en red.</p> <p>Sostener procesos clínicos y administrativos de calidad y seguros para los usuarios de la Red.</p>
<p>PILAR 2: Modernización e Innovación Tecnológica</p>	<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Contribuir a la modernización de procesos e infraestructura, fomentando la innovación.</p>	<p>Fomentar la adopción de nuevas tecnologías y digitalización de procesos clínicos y administrativos generando una cultura de innovación.</p> <p>Propulsar el desarrollo de proyectos institucionales, fomentando la modernización de procesos, procedimientos e infraestructura.</p>
<p>PILAR 3: Desarrollo, Retención del talento y Liderazgo</p>	<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Atraer y desarrollar talento altamente calificado y comprometido, orientado a relaciones humanizadas.</p>	<p>Promover una cultura organizacional basada en el respeto, reconocimiento y buen trato en un ambiente de trabajo seguro y positivo.</p> <p>Implementar políticas de desarrollo laboral que favorezcan el liderazgo humanizado, crecimiento, la retención y satisfacción del talento humano.</p>
<p>PILAR 4: Optimización en el uso de Recursos Financieros.</p>	<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Planificar y gestionar los recursos financieros para dar cobertura a las necesidades de salud de nuestra población a cargo.</p>	<p>Planificar la producción hospitalaria y gestión de recursos financieros en base a demanda de nuestra población objetivo.</p> <p>Establecer un sistema de costeo fomentando la integración entre lo financiero y lo productivo.</p> <p>Promover la retroalimentación a la comunidad hospitalaria sobre el impacto de la gestión clínica en los resultados financieros, fomentando la toma de decisiones informadas y mejorando la eficiencia operativa y productiva del hospital.</p>

11. Mapa Estratégico

MISIÓN				
"Brindamos atención médico-quirúrgica de alta complejidad, humanizada, eficiente y de calidad, con compromiso hacia nuestros pacientes y la comunidad"				
VISIÓN				
"Ser líderes en innovación, digitalizados, con alta tecnología e infraestructura moderna, ofreciendo atención resolutive, humanizada e inclusiva, manteniendo nuestro compromiso con nuestros pacientes, comunidad y medio ambiente."				
VALORES				
Compromiso - Respeto - Excelencia - Responsabilidad				
	GESTIÓN ASISTENCIAL EFICIENTE, DE CALIDAD, SEGURA Y HUMANIZADA	INNOVACIÓN Y MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA	DESARROLLO, RETENCIÓN DEL TALENTO Y LIDERAZGO	OPTIMIZACIÓN EN EL USO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS
FINANCIERA		Mejorar la diversificación de fuentes de financiamiento (Fonasa, Isapres, privados, y proyectos de innovación).		Optimizar la eficiencia financiera mediante la reducción de costos operativos sin comprometer la calidad. Establecer sistema de Costeo de Prestaciones
USUARIOS	Mejorar la satisfacción del usuario mediante estrategias como el "Hospital Amigo" y la implementación de la Ley MILA. Reducir los tiempos de espera para atenciones ambulatorias y hospitalarias. Implementar planes de trabajo colaborativo para involucrar a la comunidad usuaria y asegurar su participación activa en la gestión hospitalaria.			
PROCESOS INTERNOS	Estandarizar procesos a través del levantamiento de mapas de procesos críticos para reducir cuellos de botella y mejorar la eficiencia operativa. Formalizar un comité de gestión de demanda y producción para planificar recursos en base a las necesidades de la población. Establecer protocolos de derivación y traslados para optimizar la atención y la integración con la red asistencial. Mejorar la eficiencia en la gestión de estancias hospitalarias para optimizar la utilización de camas y recursos hospitalarios.	Implementar la digitalización de procesos administrativos y clínicos, incluyendo la adopción de registros electrónicos de salud. Establecer el desarrollo de telemedicina para mejorar la cobertura y la eficiencia en el acceso a especialidades médicas.		

<p>APRENDIZAJE Y DESARROLLO</p>			<p>Desarrollar programas de formación continua para el personal en temas de gestión de procesos, eficiencia clínica e innovación.</p> <p>Capacitar a los líderes en metodologías de innovación y gestión del cambio para asegurar la adopción de mejores prácticas en todo el hospital.</p> <p>Implementar estrategias de humanización del trato al usuario, capacitando monitores y líderes de humanización en cada área.</p> <p>Fortalecer el ambiente laboral para fomentar el respeto, la comunicación efectiva y el buen trato entre los empleados.</p>	
--------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

12. Objetivos, metas y actividades

Pilar 1: Gestión Asistencial Eficiente, de Calidad, Segura y Humanizada									
Objetivo Estratégico: Brindar una atención de salud resolutive, oportuna y humanizada, a través de procesos eficientes, participativos y coordinados con la Red.									
Objetivo Especifico	Acción	Descripción de la acción	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027	Responsable	KPI	Fórmula
1. Optimizar procesos clínicos y administrativos a través de una gestión clínica eficiente, resolutive y oportuna.	Desarrollar programas de capacitación en gestión de procesos y eficiencia clínica	Implementar programas de formación continua para el personal clínico y administrativo, enfocados en la gestión de procesos y en la eficiencia operativa.	NA	Capacitar al 50% del personal clave en gestión de procesos y eficiencia clínica.	Ampliar la cobertura de capacitación al 80% del personal clínico y administrativo.	NA	U.Eficiencia Hospitalaria	% de funcionarios que cumplen funciones de jefaturas clínicas que cuentan con capacitación en el área	N° de funcionarios que cuentan con capacitación / Total jefaturas clínicas
	Levantar mapa de procesos y estandarización de procesos HEP	Realizar un levantamiento detallado de los procesos clave en el Hospital Eduardo Pereira (HEP) y desarrollar mapas de procesos que identifiquen cuellos de botella y oportunidades de mejora. Una vez mapeados, estandarizar estos procesos para asegurar consistencia y eficiencia.	NA	Mapear y estandarizar el 50% de los procesos clínicos y administrativos críticos.	Completar el mapeo y la estandarización del 100% de los procesos clave del hospital.	NA	U.Eficiencia Hospitalaria	% de procesos levantados y estandarizados	N° procesos levantados/ N° Total de procesos
	Fortalecer la eficiencia en el proceso de atención ambulatoria	Contribuir a una mejora en la producción de atenciones ambulatorias para profesionales médicos y no médicos, contribuyendo a una mejora en la calidad y oportunidad de la atención entregada.	Establecer programación 2025 de acuerdo a OOTT Minsal	Actualizar manual de agendamiento	Desarrollar plan de manejo de Listas de espera de consultas nuevas y controles.	Disminuir los tiempos de espera por una consulta nueva en un 10%.	SGA Centro de Especialidades	% Consultas Nuevas de Especialidad	N° Consultas Nuevas de especialidad realizadas en periodo t/ Total de consultas nuevas realizadas en periodo t
	Formalizar comité de Gestión de la Demanda y Producción	Establecer formalmente un comité que gestione la demanda de servicios y la producción asistencial del hospital, con el objetivo de planificar y ajustar los recursos en función de las necesidades actuales y proyectadas.	Crear y formalizar el comité, con reuniones trimestrales y la participación	Aumentar la producción de atención abierta y cerrada en un 5% respecto al periodo t-1	Aumentar la producción de atención abierta y cerrada en un 5% respecto al periodo t-1	Aumentar la producción de atención abierta y cerrada en un 5% respecto al periodo t-1	SGA U. Eficiencia Hospitalaria	% Aumento de producción en atención cerrada y abierta	$((N^{\circ}$ de consultas médicas año t- N° consultas año t-1)+(N $^{\circ}$ egresos año t- N° egresos año t-1))/(N $^{\circ}$ Consultas año t-1+ N $^{\circ}$ Egresos año

			de líderes de cada área crítica.						t-1)
	Establecer planes anuales de trabajo en base a la demanda de prestaciones	Desarrollar planes de trabajo anuales basados en un análisis detallado de la demanda de prestaciones y servicios del hospital, asegurando una adecuada planificación de los recursos financieros y humanos para cubrir dicha demanda.	Análisis de producción del año en curso y análisis de demanda no cubierta	Implementar planes de trabajo anuales en el 100% de las áreas del hospital, con revisiones periódicas para ajustar la planificación en función de la demanda real.	Implementar planes de trabajo anuales en el 100% de las áreas del hospital, con revisiones periódicas para ajustar la planificación en función de la demanda real.	Implementar planes de trabajo anuales en el 100% de las áreas del hospital, con revisiones periódicas para ajustar la planificación en función de la demanda real.	SGA U. Eficiencia Hospitalaria	% Aumento de producción en atención cerrada y abierta	$((N^{\circ} \text{ de consultas médicas año } t-N^{\circ} \text{ consultas año } t-1) + (N^{\circ} \text{ egresos año } t-N^{\circ} \text{ egresos año } t-1)) / (N^{\circ} \text{ Consultas año } t-1 + N^{\circ} \text{ Egresos año } t-1)$
2. Brindar atención una atención de salud humanizada y participativa a través de fortalecimiento de estrategias de satisfacción y participación.	Promoción y fortalecimiento del trabajo colaborativo entre la institución y la comunidad usuaria.	Elaboración e implementación de planes de trabajo anuales en temáticas de participación ciudadana y satisfacción usuaria, con participación activa de la comunidad hospitalaria y comunidad usuaria	Desarrollo de plan de trabajo con comunidad usuaria a través de la Unidad de Participación.	Desarrollar un mínimo de 10 acciones de vinculación con comunidad usuaria.	Desarrollar un mínimo de 10 acciones de vinculación con comunidad usuaria.	Desarrollar un mínimo de 10 acciones de vinculación con comunidad usuaria.	U. Participación y Satisfacción Usuaría	% de cumplimiento de estrategias/acciones contenidas en el plan de participación social	N° Acciones Realizadas/N° Acciones comprometidas
	Medición de la percepción del usuario en la dimensión "Trato" en área ambulatoria y cerrada	Aplicación con frecuencia semestral, de encuesta que mide la dimensión "trato" al usuario (aplicada en atención abierta y cerrada).	Aplicar encuesta de trato usuario en pacientes hospitalizados	Implementar el sistema en el 20% de los servicios clave y generar los primeros informes trimestrales sobre el trato percibido.	Ampliar la cobertura del sistema de medición al 50% del hospital, con planes de mejora basados en los resultados obtenidos.	Ampliar la cobertura del sistema de medición al 100% del hospital, con planes de mejora basados en los resultados obtenidos.	U. Participación y Satisfacción Usuaría	Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	N° de acciones implementadas / N° Total de acciones comprometidas

	Fortalecimiento de estrategias destinadas a mejorar la satisfacción usuaria (Hospital Amigo, Implementación Ley MILA, entre otros)	Mantener condición de Hospital Amigo, según lo solicitado por normativa vigente e incentivar el acompañamiento de NNA en proceso de hospitalización	Asegurar la implementación de ambas iniciativas al 100% del hospital, con una evaluación anual del impacto en la satisfacción de los usuarios.	Asegurar la implementación de ambas iniciativas al 100% del hospital, con una evaluación anual del impacto en la satisfacción de los usuarios.	Asegurar la implementación de ambas iniciativas al 100% del hospital, con una evaluación anual del impacto en la satisfacción de los usuarios.	Asegurar la implementación de ambas iniciativas al 100% del hospital, con una evaluación anual del impacto en la satisfacción de los usuarios.	U. Participación y Satisfacción Usuaría	<i>Porcentaje de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria</i>	Nº de acciones implementadas / Nº Total de acciones comprometidas
	Fortalecer el compromiso de los equipos en relación a mejorar la satisfacción usuaria	Realización de al menos una jornada anual de sensibilización junto con la Difusión del análisis Trimestral del número de solicitudes ciudadanas recepcionadas por la institución (reclamos) y los motivos asociados al reclamo como insumo de la gestión.	Implementar funcionamiento de comité de satisfacción usuaria	Análisis de reclamos generados a través del comité de satisfacción usuaria. Generar plan de capacitación en temáticas determinadas por comité.	Análisis de reclamos generados a través del comité de satisfacción usuaria. Generar plan de capacitación en temáticas determinadas por comité.	Análisis de reclamos generados a través del comité de satisfacción usuaria. Generar plan de capacitación en temáticas determinadas por comité.	U. Participación y Satisfacción Usuaría	<i>Oportunidad, Calidad y Gestión de la Respuesta a los Reclamos</i>	Nº Reclamos respondidos de manera oportuna en periodo t / Nº total de reclamos y solicitudes ingresadas a OIRS en periodo t
	Formalizar Linea de Trabajo asociado al Trato Humanizado	Implementar estrategias de trato humanizado en todas las unidades del establecimiento, garantizando una atención digna, de calidad y humanizada, centrada en el usuario.	Contar con referente de humanización.	Establecer un plan de trabajo anual para implementar estrategias de Humanización en el establecimiento	Definir Líderes y Monitores de Humanización	Contar con equipo formalizado y capacitado en Humanización	U. Participación y Satisfacción Usuaría	<i>% Cumplimiento de estrategias asociadas a plan de Humanización</i>	Nº acciones implementadas en periodo t / Nº total de acciones comprometidas en periodo t
3. Fortalecer una gestión asistencial coordinada y eficiente en red.	Establecer un Protocolo de derivación y Traslado de Pacientes Hospitalizados al HEP	Desarrollar un protocolo claro y formal que establezca los criterios de inclusión y las rutas de traslado para los pacientes que necesitan ser transferidos al Hospital Eduardo Pereira (HEP).	NA	Definir principales diagnósticos médicos y quirúrgicos de ingreso al HEP.	Socializar protocolo con hospitales de la Red.	Revisión anual y actualización de protocolo en caso de ser requerido.	SGA SGC	<i>Existencia de protocolos de traslados</i>	Indicador Dicotómico

				Establecer protocolo con inclusión del 100% de las patologías.					
	Mejorar la Coordinación entre Establecimientos para el Traslado y Atención de Pacientes Hospitalizados	Implementar un sistema de coordinación entre instituciones que agilice el traslado de pacientes entre los distintos niveles asistenciales (APS y HEP), asegurando una comunicación fluida y el seguimiento de los casos clínicos.	NA	Implementar el sistema de coordinación en el 40% de los establecimientos que transfieren pacientes al HEP.	Implementar el sistema de coordinación en el 60% de los establecimientos que transfieren pacientes al HEP.	Implementar el sistema de coordinación en el 100% de los establecimientos que transfieren pacientes al HEP.	SGA	% Pacientes contrarreferidos a APS	Nº de pacientes derivados a APS con contrarreferencia en periodo t / Nº Total de altas en periodo t
	Fortalecer el desarrollo de Telemedicina con establecimientos de APS y otros hospitales de la Red	Establecer y fortalecer un sistema de telemedicina que permita la atención remota de pacientes entre el Hospital Eduardo Pereira (HEP), los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), y otros hospitales de la red.	Aumentar en un 10% la programación de telemedicina en base al año t-1. Contar con un referente de Telemedicina.	Aumentar en un 15% la programación de telemedicina en base al año t-1. Aumentar uso de herramienta de Hospital Digital.	Establecer modalidad de telemedicina para un 50% de las especialidades del HEP	Establecer modalidad de telemedicina para un 70% de las especialidades del HEP	SGA	% Cumplimiento de consultas programadas en formato de telemedicina	Nº de atenciones de Telemedicina realizadas en periodo t / Nº de atenciones de Telemedicina programadas en periodo t
	Fortalecer gestión de Estancias Hospitalarias	Mejorar la eficiencia de la unidad de estancias hospitalarias mediante la implementación de mejores prácticas para la gestión de camas y recursos.	Formalizar el nuevo modelo de gestión de estancias.	Implementar modelo de gestión DIGERA respecto a uso eficiente de camas. Aumentar el número de egresos en un 5% respecto al año t-1.	Aumentar egresos en un 10% respecto al año t-1	Aumentar egresos en un 15% respecto al año t-1	SGA	% de variación del Exceso de estancias	(Exceso de estancias periodo t - Exceso de estancias periodo t-1) / (Exceso de estancias periodo t-1)
4. Sostener procesos clínicos y administrativos de calidad y seguros	Mantención de la certificación del cumplimiento de los estándares de calidad y	Asegurar el cumplimiento continuo de los estándares de calidad y seguridad establecidos para la atención de salud	Reacreditación para periodo 2023-2026	Generar informe de autoevaluación 2025	Generar informe de autoevaluación 2026	Presentación para reacreditación 2027	Dirección U. Calidad y Seguridad del Paciente	Hospital reacreditado	Indicador Dicotómico

para los usuarios de la Red.	seguridad de la atención.								
	Mantenimiento y fortalecimiento de una cultura basada en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.	Desarrollar y mantener una cultura organizacional que priorice la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), mediante la capacitación continua del personal, la implementación de protocolos rigurosos de higiene y control de infecciones, y la vigilancia epidemiológica constante.	100% de cumplimiento de acciones de plan de prevención y control de infecciones IAAS	100% de cumplimiento de acciones de plan de prevención y control de infecciones IAAS	100% de cumplimiento de acciones de plan de prevención y control de infecciones IAAS	100% de cumplimiento de acciones de plan de prevención y control de infecciones IAAS	Dirección IAAS	% de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)	Nº Acciones ejecutadas / Total de acciones comprometidas
	Establecer funcionamiento de un comité de infraestructura.	Crear y poner en funcionamiento un comité especializado en infraestructura, encargado de la supervisión, planificación y mantenimiento de las instalaciones hospitalarias.	NA	Establecer Comité de Infraestructura encargado de asesorar respecto al mantenimiento.	Establecer un mínimo de tres sesiones anuales	Establecer un mínimo de tres sesiones anuales	SGAF	Existencia de Comité Formalizado	Indicador Dicotómico
Asegurar el mantenimiento preventivo de equipos médicos, industriales y ambulancias.	Asegurar la implementación de un ciclo y una cultura de trabajo basada en la mejora continua a través de los estándares y normas de calidad y seguridad del paciente, fomentando dar cumplimiento a los planes de mantenimiento preventivos formulados por el hospital.	Cumplir con el 100% de MP en equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias de acuerdo a plan anual de mantenimiento.	Cumplir con el 100% de MP en equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias de acuerdo a plan anual de mantenimiento.	Cumplir con el 100% de MP en equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias de acuerdo a plan anual de mantenimiento.	Cumplir con el 100% de MP en equipos médicos críticos y relevantes, equipos industriales y ambulancias de acuerdo a plan anual de mantenimiento.	SGAF	% de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales; y ejecución del gasto.	Nº de mantenencias preventivas realizadas / Total de mantenencias ejecutadas	

Pilar 2: Innovación y Modernización Tecnológica.									
Objetivo Estratégico: Contribuir a la modernización de procesos e infraestructura, fomentando la innovación.									
Objetivo Específico	Acción	Descripción de la acción	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027	Responsable	KPI	Fórmula
1. Fomentar la adopción de nuevas tecnologías y digitalización de procesos clínicos y administrativos generando una cultura de innovación.	Creación de política de innovación en la institución junto con comité de innovación.	Desarrollar una política institucional de innovación que establezca las directrices para la adopción de nuevas tecnologías y prácticas innovadoras en el hospital, y crear un comité de innovación compuesto por representantes de las principales áreas, encargado de impulsar y supervisar la implementación de estas estrategias.	Establecer la política de innovación formalizada a través de resolución	Formalizar la creación del comité de innovación con sesiones mensuales	Mantener funcionamiento de comité de Innovación	Consolidar la participación de todas las áreas clave en el comité de innovación, con una política revisada y actualizada anualmente	Dirección U. Proyectos e Innovación	<i>Número de proyectos evaluados en comité de innovación</i>	Indicador dicotómico
	Formación de líderes en innovación.	Capacitar a líderes de distintas áreas del hospital en metodologías de innovación, gestión del cambio y tecnologías emergentes, con el objetivo de que puedan liderar y fomentar la adopción de prácticas innovadoras dentro de sus respectivas unidades.	En base a la política de innovación, identificar áreas de impacto y líderes de innovación.	Capacitar a un 30% de los líderes en áreas estratégicas del hospital en metodologías de innovación y gestión de cambio	Lograr que el 60% de los líderes en áreas críticas estén capacitados en innovación y lideren al menos un proyecto relacionado con la transformación digital	Alcanzar que el 100% de los líderes en todas las áreas del hospital estén capacitados en innovación y lideren proyectos de mejora digital	Dirección SGDP U. Proyectos e Innovación	<i>% Funcionarios capacitación en temáticas de innovación</i>	N° de líderes de innovación con capacitación/N° total de líderes de innovación
	Identificar y subsanar brecha computacional en el establecimiento.	Asegurar que el establecimiento cuente con una infraestructura y soporte de hardware y software para el desarrollo óptimo de todas las funciones, tanto clínicas como administrativas.	Realizar un diagnóstico completo de la brecha computacional en el hospital y gestionar	Reducir la brecha computacional en un 50%, asegurando que la mayoría de las áreas críticas del hospital cuenten con el	Completar la corrección de la brecha computacional en el 100% del hospital, asegurando tecnología	NA	SGAF	<i>índice de Computadores por funcionario</i>	Total de Computadores instalados/Total de computadores requeridos

			proyectos de reposición y adquisición.	equipamiento necesario para la digitalización.	actualizada en todas las áreas.				
	Implementar RCE para todos los procesos hospitalarios.	Integrar un sistema de Registro Clínico Electrónico (RCE) que permita la digitalización completa de los procesos clínicos en el hospital, garantizando el acceso rápido y seguro a la información médica de los pacientes en todas las áreas, con interoperabilidad entre servicios.	NA	Implementar el Registro Clínico Electrónico (RCE) en al menos el 50% de los procesos hospitalarios, comenzando por las áreas críticas	Alcanzar el 100% de los procesos hospitalarios digitalizados mediante el RCE, con un sistema completamente funcional.	NA	SGAF SGA SGC	% Implementación de RCE	N° de procesos que cuentan con RCE implementados/Total de procesos a implementar RCE
	Contar con sistema de gestión documental 100% informatizada.	Digitalizar todos los procesos de gestión documental, tanto administrativos como clínicos, eliminando el uso de papel en el hospital y estableciendo un sistema de archivo y gestión de documentos completamente informatizado y accesible electrónicamente.	Establecer un proceso de gestión documental para sistema de bodegas e insumos del establecimiento	Contar con sistema de gestión documental para documentación oficial (Resoluciones, oficios, etc)	Implementar sistema digital de solicitud y trazabilidad de compras.	Contar con un 100% de la gestión documental de la institución digitalizada.	SGAF	% de procesos gestionados de forma digital	N° de procesos gestionados a través de sistemas digitales/Total de procesos asociados a la gestión documental institucional
2. Propulsar el desarrollo de proyectos institucionales, fomentando la modernización de procesos, procedimientos e infraestructura.	Generar cartera de proyectos anual con evaluación de cumplimiento e integración a banco de proyectos institucionales.	Desarrollar anualmente una cartera de proyectos que incluya todos los proyectos propuestos y aprobados, realizando evaluaciones periódicas de su cumplimiento y avance. Además, integrar esta cartera al banco de proyectos institucionales para su gestión y seguimiento.	Crear BIP institucional con control de implementación	Socializar plataforma de proyectos institucionales con el 100% de los servicios capacitados.	100% de servicios en uso de plataforma BIP institucional	NA	U. Proyectos e Innovación	% Uso Plataforma BIP Institucional	N° de Unidades que ingresan proyectos en plataforma institucional/Total de unidades que aplican
	Fomentar el desarrollo de proyectos desde los servicios requirentes mediante la implementación de una política de proyectos institucionales.	Implementar una política institucional que facilite a los servicios internos del hospital la creación, propuesta y gestión de proyectos, promoviendo así la participación activa de todas las áreas en el desarrollo de iniciativas que mejoren los procesos, procedimientos e infraestructura.	NA	Implementar una política de proyectos institucionales que fomente la presentación de proyectos	NA	NA	NA	U. Proyectos e Innovación	Política de proyectos formalizada con Resolución

	Fortalecer la integración entre Unidad de Proyectos HEP, CLS HEP y Unidad de Proyectos del SSVSA.	Mejorar la coordinación y colaboración entre la Unidad de Proyectos del Hospital Eduardo Pereira (HEP), el Comité Local de Salud (CLS HEP), y la Unidad de Proyectos del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), para asegurar que los proyectos institucionales se ejecuten de manera eficiente y alineada con los objetivos estratégicos	NA	Establecer un canal de comunicación formal y regular entre la Unidad de Proyectos HEP, CLS HEP, y la Unidad de Proyectos del SSVSA, con reuniones trimestrales de coordinación.	NA	NA	Dirección U. Proyectos e Innovación	<i>Política de proyectos formalizada con Resolución</i>	Indicador dicotómico
	Analizar fuentes de financiamiento de proyectos para instituciones públicas de forma periódica.	Realizar un análisis regular de las distintas fuentes de financiamiento disponibles para proyectos en instituciones públicas, con el objetivo de identificar oportunidades de financiamiento que permitan la ejecución de proyectos de modernización y mejora dentro del hospital.	NA	Mantener un análisis periódico semestral de fuentes de financiamiento, logrando postular al menos 4 proyectos en nuevas convocatorias.	Mantener un análisis periódico semestral de fuentes de financiamiento, logrando postular al menos 6 proyectos en nuevas convocatorias.	Lograr que el 100% de los proyectos institucionales que requieran financiamiento externo sean postulados y evaluados para obtener recursos en fuentes de financiamiento públicas y privadas.	Dirección U. Proyectos e Innovación	<i>Política de proyectos formalizada con Resolución</i>	Indicador dicotómico

<p style="text-align: center;">Pilar 3: Desarrollo, Retención del talento y Liderazgo.</p> <p style="text-align: center;">Objetivo Estratégico: Atraer y desarrollar talento altamente calificado y comprometido, orientado a relaciones humanizadas.</p>									
Objetivo Específico	Acción	Descripción de la acción	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027	Responsable	KPI	Fórmula
1. Promover una cultura organizacional basada en el respeto, reconocimiento y buen trato en un ambiente de trabajo seguro y positivo.	Desarrollar política de desarrollo organizacional	Desarrollar e implementar una política de desarrollo organizacional que promueva el respeto, el reconocimiento y el buen trato, alineando los valores y comportamientos deseados en el hospital. Esta política servirá como marco para el crecimiento profesional y el bienestar del personal, asegurando que las iniciativas de buen trato y respeto sean institucionalizadas.	NA	Diseñar y aprobar la política de desarrollo organizacional, logrando su implementación inicial en al menos el 40% de las áreas clave del hospital.	Expandir la implementación de la política al 70% del hospital, con sesiones de sensibilización para todo el personal.	Asegurar que el 100% del hospital esté alineado con la política de desarrollo organizacional, con evaluaciones anuales de su efectividad y ajustes según las necesidades.	SGDP	<i>Política de Desarrollo Organizacional Formalizada e implementada</i>	Indicador dicotómico
	Desarrollar un programa de reconocimiento al personal	Implementar un programa formal de reconocimiento que destaque las contribuciones del personal, promoviendo el respeto y el buen trato, a través de reconocimientos mensuales o trimestrales que valoren el esfuerzo individual y de equipo.	Crear programa de reconocimiento o de Felicitaciones OIRS	Crear el programa de reconocimiento	Consolidar el programa, logrando que el 80% del personal participe en dicho programa	Alcanzar un 100% de implementación del programa	SGDP Calidad de Vida Laboral	<i>Política de Desarrollo Organizacional Formalizada e implementada</i>	Indicador dicotómico
	Definir un plan de comunicaciones interno y externo	Crear y ejecutar un plan de comunicaciones integral que asegure un flujo de información claro, oportuno y transparente entre el personal del hospital (comunicaciones internas) y hacia la comunidad y otros actores externos (comunicaciones externas). Este plan mejorará la visibilidad corporativa, fortalecerá el reconocimiento del talento y promoverá el crecimiento profesional, así como la participación en iniciativas institucionales.	Diseñar el Plan de Comunicaciones y establecer los canales de comunicación internos y externos (portal del hospital,	Ampliar el plan para alcanzar el 80% de las áreas del hospital en las comunicaciones internas y asegurar actualizaciones mensuales sobre	Consolidar el uso del Plan de Comunicaciones en el 100% del hospital y asegurar que los canales externos (sitio web, redes	Evaluar el plan basado en encuestas de satisfacción interna y externa	Comunicaciones	<i>% Cumplimiento de acciones comprometidas en Plan Comunicacional</i>	N° de acciones del plan de comunicaciones implementadas en periodo t/Total de acciones comprometidas para el periodo t

			boletines, redes sociales).	los logros del personal y los servicios del hospital.	sociales, boletines) tengan actualizaciones periódicas				
	Crear una Unidad de Relaciones Laborales	Establecer una Unidad de Relaciones Laborales encargada de coordinar y gestionar las relaciones laborales en el hospital, promoviendo la participación activa del personal en la toma de decisiones, gestionando conflictos laborales y fortaleciendo el respeto y el buen trato dentro de la organización.	Crear Unidad de Relaciones Laborales a través de resolución exenta.	Definir manual de funciones de unidad	Contar con personal responsable de cumplir labores definidas en manual de funciones	NA	SGDP	Manual de funciones de Unidad de Relaciones Laborales	Indicador dicotómico
2. Implementar políticas de desarrollo laboral que favorezcan el liderazgo humanizado, crecimiento, la retención y satisfacción del talento humano.	Levantar catastro de funcionarios/as con estudios técnicos y profesionales que se han perfeccionado durante su vida laboral.	Realizar un levantamiento de información de todos los funcionarios con estudios técnicos y profesionales, identificando aquellos que se han perfeccionado durante su vida laboral. Este catastro permitirá entender el potencial de crecimiento interno y asegurar que el hospital aproveche el talento disponible.	Completar el levantamiento del catastro en el 100% del personal del hospital, con un sistema de actualización anual.	Actualización anual del catastro y seguimiento del desarrollo profesional de los funcionarios.	Actualización anual del catastro y seguimiento del desarrollo profesional de los funcionarios.	Actualización anual del catastro y seguimiento del desarrollo profesional de los funcionarios.	SGDP	% De funcionarios profesionales en estamentos técnico y auxiliar	N° de funcionarios profesionales en estamento profesional/Total de funcionarios que cuentan con título profesional
	Capacitación Focalizada para el Desarrollo Profesional	Implementar un programa de capacitación continua enfocado en áreas estratégicas, garantizando que los funcionarios puedan seguir perfeccionándose en su rol o prepararse para roles de mayor responsabilidad. Esto incluirá cursos, talleres y programas de certificación.	Capacitar al menos al 60% del personal en programas de desarrollo profesional relacionados con sus roles actuales y potenciales.	Capacitar al menos al 85% del personal en programas de desarrollo profesional relacionados con sus roles actuales y potenciales.	Capacitar al menos al 95% del personal en programas de desarrollo profesional relacionados con sus roles actuales y potenciales.	Capacitar al menos al 95% del personal en programas de desarrollo profesional relacionados con sus roles actuales y potenciales.	Unidad de Capacitación	% de funcionarios con capacitaciones enmarcadas en la ENS	N° Total de funcionarios capacitados en temáticas ENS/Total funcionarios HEP
	Análisis de Cargas Laborales y Rediseño de Procesos	Realizar un análisis exhaustivo de las cargas laborales en cada servicio del hospital, con el fin de identificar sobrecargas o desequilibrios y proponer medidas de redistribución o ajuste en los recursos humanos. Esto asegurará un ambiente de trabajo más equitativo y eficiente.	NA	Generar programa de análisis de cargas laborales en unidades del establecimiento.	Alcanzar una análisis de carga laboral en el 50% de las unidades del HEP.	Ampliar el análisis al 100% de los servicios en 2025, con revisiones anuales para garantizar que las cargas estén	SGDP U. Salud del Trabajador	% de unidades con análisis de carga laboral	N° Unidades con análisis de cargas laborales/Total de unidades HEP

						equilibradas.			
	Levantamiento de perfiles de cargo y manual de funciones de la organización	Realizar un levantamiento integral de los perfiles de cargo en todas las áreas del hospital, asegurando que cada puesto cuente con un perfil actualizado que describa las competencias, habilidades y responsabilidades necesarias. A partir de esta información, elaborar un Manual de Funciones que estandarice los roles y responsabilidades en toda la organización, alineado con los objetivos estratégicos de desarrollo laboral y liderazgo humanizado.	Completar el levantamiento del 10% de los perfiles de cargo en áreas críticas del hospital.	Completar el levantamiento y validación del 50% de los perfiles de cargo del hospital.	Completar el levantamiento y validación del 100% de los perfiles de cargo del hospital.	Actualizar el Manual de Funciones de acuerdo con los resultados del análisis de cargas laborales y la evolución de los procesos.	SGDP	% de unidades con perfiles de cargo levantados	Nº Unidades que cuentan con perfiles de cargo/Total de unidades HEP
	Campañas de Visibilización Corporativa	Lanzar campañas periódicas para destacar los logros del personal, tanto a nivel individual como de equipo. Estas campañas aumentarán la visibilidad corporativa y reforzarán la importancia del crecimiento y el reconocimiento dentro del hospital, alineándose con el liderazgo humanizado.	NA	Lanzar al menos 3 campañas de visibilidad y reconocimiento durante el año, destacando el crecimiento y los logros del personal, lo cual debe ir en línea con plan comunicacional	Establecer campañas comunicacionales orientadas a mostrar el establecimiento o a nivel regional y nacional. Desarrollar un mínimo de 4 campañas.	Establecer campañas comunicacionales orientadas a mostrar el establecimiento a nivel regional y nacional. Desarrollar un mínimo de 4 campañas.	Comunicaciones	Nº de Campañas corporativas	Contar con un mínimo de 04 campañas anuales

<p align="center">Pilar 4: Optimización en el uso de Recursos Financieros.</p>									
<p align="center">Objetivo Estratégico: Planificar y gestionar los recursos financieros para dar cobertura a las necesidades de salud de nuestra población a cargo.</p>									
Objetivo Específico	Acción	Descripción de la acción	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027	Responsable	KPI	Fórmula
1. Establecer un sistema de costeo que fomente la retroalimentación entre lo financiero y lo productivo.	Crear comité de costeo de prestaciones	Contar con un 100% de prestaciones costeadas.	Generar propuesta de trabajo para costeo de prestaciones.	Contar con un 25% de prestaciones costeadas	Contar con un 50% de prestaciones costeadas	Contar con un 100% de prestaciones costeadas	SGAF U. Recaudación	% de prestaciones costeadas	N° de prestaciones costeadas/Total de prestaciones realizadas de acuerdo a cartera de servicios
	Desarrollar sistema de visualización de costos	Favorecer y facilitar el acceso de información asociada a costos del establecimiento.	NA	Desarrollar propuesta de visualización con información histórica	Desarrollar propuesta de visualización con información histórica	Desarrollar propuesta de visualización con información histórica	U. Eficiencia Hospitalaria	Grado de avance en el desarrollo del sistema de visualización de costos	Etapas completadas del desarrollo / Total de etapas planificadas)
	Informar a servicios respecto a niveles de costo a través de la generación de informes periódicos	Establecer informes mensuales de costo dividido por cada centro de costo.	NA	Difundir informes de costo de manera trimestral al 100% de CC identificados	Difundir informes de costo de manera trimestral al 100% de CC identificados	Difundir informes de costo de manera trimestral al 100% de CC identificados	SGAF U. Recaudación	% de centros de costo que reciben informes trimestrales	(N° de centros de costo que reciben informes / Total de centros de costo identificados)
2. Planificar la producción hospitalaria y gestión de recursos financieros en base a demanda de nuestra población objetivo.	Levantar Demanda de Necesidades	Identificar y analizar las necesidades de recursos financieros, humanos y materiales en todas las áreas del hospital, con el fin de planificar adecuadamente la asignación de dichos recursos	Desarrollar proceso de levantamiento de demanda Hospitalaria	Generar proyección para año t+1 en base a demanda total hospitalaria	Generar proyección para año t+1 en base a demanda total hospitalaria	Generar proyección para año t+1 en base a demanda total hospitalaria	SGAF U. Eficiencia Hospitalaria	% de áreas hospitalarias con demanda levantada y analizada	(N° de áreas con demanda analizada / Total de áreas del hospital)
	Definir plan de acción para trabajar demanda para el año t+1	Desarrollar un plan de acción que responda a las necesidades levantadas para el año siguiente (t+1), estableciendo estrategias claras para satisfacer la demanda proyectada	NA	Definir plan de acción para abordaje de la demanda identificado en el año t-1	Definir plan de acción para abordaje de la demanda identificado en el año t-1	Definir plan de acción para abordaje de la demanda identificado en el año t-1	SGAF U. Eficiencia Hospitalaria	% de implementación del plan de acción para abordar la demanda identificada	(N° de acciones implementadas / Total de acciones planificadas)

	Establecer valorización de plan de acción	Asignar un valor financiero estimado al plan de acción diseñado, considerando los costos asociados con la implementación de las medidas propuestas para cubrir la demanda. Esta valoración permitirá cuantificar el impacto financiero del plan y evaluar la viabilidad económica de su ejecución, asegurando que los recursos sean utilizados de manera eficiente.	NA	Establecer valorización en base a sistema de costeo SIGCOM	Establecer valorización en base a sistema de costeo SIGCOM	Generar costeo de prestaciones en base a costeo identificado por el establecimiento.	SGAF U. Recaudación	% de valorización del plan de acción completada	Valor total valorizado del plan de acción / Valor total estimado del plan de acción
	Ejecución de Plan anual de compras planificado por el establecimiento	Implementación de metodología de trabajo basada en la planificación anual y revisión de procesos que favorezcan la mejora continua en el ámbito financiero contable.	Seguimiento del plan de compras del año en curso	Cumplir entre un 90% y 110% de cumplimiento de ejecución del plan de compras	Cumplir entre un 90% y 110% de cumplimiento de ejecución del plan de compras	Cumplir entre un 95% y 105% de cumplimiento de ejecución del plan de compras	SGAF	% de cumplimiento o en la ejecución del plan anual de compras	Monto total ejecutado en compras / Monto total planificado en el plan anual de compras
	Fortalecer proceso de recaudación de Licencias Médicas	Centralización del proceso de LM en una unidad que haga el seguimiento transversal desde el ingreso de la LM hasta el cobro y reintegro de los recursos al fisco.	NA	Establecer protocolo de gestión de licencias médicas	Iniciar proceso de cobro y reintegro de licencias médicas	Consolidar proceso de cobro y reintegro de licencias médicas	SGAF SGDP	% de licencias médicas gestionadas según protocolo	Número de licencias gestionadas según protocolo / Total de licencias médicas
3. Promover la retroalimentación a la comunidad hospitalaria sobre el impacto de la gestión clínica en los resultados financieros, fomentando la toma de decisiones informadas y mejorando la eficiencia operativa y productiva del hospital	Establecer Informes de Gestión Clínica-Financiera Trimestrales	Crear informes trimestrales que detallan el impacto de la gestión clínica en los resultados financieros del hospital, incluyendo indicadores clave como costos operativos, eficiencia en el uso de recursos, y la productividad en cada área.	NA	Generar 4 informes anuales	Generar 4 informes anuales	Generar 4 informes anuales	SGAF	Número de informes de gestión clínica-financiera elaborados y difundidos	Indicador Numérico
	Implementar Sistema de Control Logístico de Bodega	Contar con sistema de control de bodegas que permita mantener un control eficiente y una valorización de los centros de costos definidos por el establecimiento.	Identificar bodegas y CC a incluir en sistema	Puesta en marcha de sistema en el 50% de las unidades	Puesta en marcha de sistema en el 100% de las unidades	NA	SGAF	% de unidades con sistema de control logístico implementado	Número de unidades con sistema implementado / Total de unidades identificadas

13. Políticas Institucionales

La formulación de las políticas institucionales del Hospital Dr. Eduardo Pereira se fundamenta en la planificación estratégica, ya que alinea sus acciones con los objetivos y principios fundamentales de nuestra institución. Este proceso de construcción de políticas se ha basado en el resultado de la metodología detallada anteriormente, con el propósito de asegurar que cada directriz y norma establecida responda efectivamente a las necesidades internas y a los desafíos del entorno, en sintonía con nuestra misión de brindar una atención de salud de calidad y humanizada.

A través del análisis exhaustivo y de la definición clara de nuestros objetivos estratégicos, hemos logrado identificar las áreas prioritarias que requieren lineamientos específicos para el cumplimiento de nuestra visión como son; Recursos Humanos, Gestión Clínica, Gestión Financiera y Satisfacción usuaria, siendo clave para su cumplimiento agregar políticas de Control de Gestión y Auditoría. Cada política se ha formulado con el propósito de responder de manera eficaz a los objetivos estratégicos, cubriendo tanto aspectos operativos como éticos y de gobernanza.

a. Política de Recursos Humanos

La política general de Recursos Humanos del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (HEP) tiene como objetivo adoptar todas las medidas necesarias para reconocer a los/as funcionarios/as como el principal capital de la institución. Se busca su desarrollo integral como personas, con el propósito de aportar tanto al desempeño individual como colectivo, fortaleciendo la misión del hospital y garantizando una atención de calidad para los usuarios.

Objetivos de la Política de Recursos Humanos

1. Reclutamiento y Selección

- El hospital contratará y/o designará personal con el propósito de garantizar la permanencia y el desarrollo de estos en la institución bajo criterios objetivos, transparentes e informados. Los procesos de selección resguardarán la confidencialidad de la información recabada, garantizando el acceso en igualdad de condiciones, basado en el mérito y la capacidad, conforme al Estatuto Administrativo.

- El personal de Recursos Humanos colaborará con los distintos servicios y unidades del hospital para definir perfiles de competencias, apoyar la formalización de estructuras, definir funciones y responsabilidades, y asegurar la idoneidad del personal seleccionado.
2. Inducción
 - Se desarrollará un programa de inducción enfocado en la integración y orientación de los nuevos funcionarios. Este programa facilitará el proceso de socialización dentro de la institución, proporcionando información sobre derechos, deberes, tareas del cargo, objetivos, principios, normas y cultura del HEP.
 3. Gestión de Ambiente Laboral Saludable
 - Ofrecer un ambiente laboral saludable que fomente el crecimiento personal y el bienestar familiar y social de los funcionarios, permitiendo el desarrollo en condiciones de dignidad, eficacia, mérito e innovación. Esta gestión también incluye la prevención del maltrato, el acoso laboral y sexual, y la implementación de procedimientos formales para la denuncia de tratos no adecuados.
 4. Comunicación Interna
 - Promover una cultura de trabajo orientada a darle valor a la información y fortalecer el desarrollo integral de las personas mediante campañas culturales, capacitaciones, programas de bienestar, salud y donación de sangre, entre otras. Además, se buscará optimizar el uso de los recursos a través de una mejor comunicación sobre ausentismo laboral y uso eficiente de los recursos de la institución.
 5. Capacitación y Formación
 - Diseñar e implementar un plan de desarrollo de talentos que permita el crecimiento profesional y la acreditación de los funcionarios, asegurando así que cada trabajador cuente con las herramientas necesarias para desempeñar con éxito su labor en el puesto de trabajo.
 6. Desarrollo Organizacional
 - Implementar el desarrollo organizacional como una herramienta base para la toma de decisiones, que permita alinear los propósitos organizacionales, grupales e individuales. Este enfoque busca dignificar la función pública, valorar la excelencia y las competencias, y promover espacios de participación que impacten positivamente en la efectividad del hospital.
 7. Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos
 - Proporcionar directrices para mejoras estructurales, de equipamiento y organizacionales con el objetivo primordial de garantizar ambientes de trabajo seguros y saludables para los funcionarios del hospital. La política de prevención incluirá medidas específicas para reducir riesgos laborales y fomentar una cultura de seguridad en el trabajo.

Impacto Esperado

Con esta política de Recursos Humanos, el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez se compromete a crear un ambiente laboral que favorezca el desarrollo integral de sus

funcionarios, asegurando su bienestar y su satisfacción laboral. Un equipo humano motivado y capacitado es clave para ofrecer una atención de salud humanizada y de calidad, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital y mejorando la calidad de vida de la comunidad que atiende.

b. Política de Gestión Clínica

El Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez declara en su misión el compromiso con la calidad y seguridad de la atención, manteniendo los más altos estándares posibles. La gestión del HEP se enfocará en la mejora continua, la eficiencia operacional, la estandarización de procesos clínicos y de apoyo, y la coordinación efectiva de los departamentos para garantizar una atención integral, segura y eficiente. Asimismo, se promoverá el uso adecuado de los recursos, con el objetivo de satisfacer las expectativas de los usuarios y mantener la condición de Hospital Acreditado.

Objetivos de la Política de Gestión Clínica

1. Mejora Continua y Estandarización de Procesos
 - Implementar mecanismos de estandarización de procesos clínicos y administrativos para asegurar la consistencia en la calidad de la atención.
 - Desarrollar e implementar guías clínicas y protocolos que faciliten la referencia y contrarreferencia de los pacientes.
2. Gestión Integral de Recursos
 - Gestionar centralizadamente las camas y los recursos humanos para maximizar la eficiencia y garantizar una adecuada disponibilidad de servicios.
 - Asegurar la incorporación de la gestión de cuidados progresivos, optimizando los niveles de atención de acuerdo con las necesidades de los pacientes.
3. Seguimiento y Evaluación de Prestaciones
 - Monitorear y evaluar los niveles de producción, eficiencia y calidad de las prestaciones brindadas, asegurando un seguimiento sistemático de los indicadores claves de desempeño.
 - Generar informes periódicos que permitan una evaluación constante de los resultados y la efectividad de las estrategias implementadas.
4. Optimización de la Coordinación y Gestión en Red
 - Optimizar la coordinación en red, incluyendo la oferta de camas críticas, mediante la presentación de proyectos de inversión y la solicitud de financiamiento para completar la dotación de recursos humanos y equipamiento.
 - Mantener reuniones clínicas y grupos técnicos de trabajo para abordar temas específicos, asegurando una mejora continua de las prácticas clínicas.

Acciones Clave para la Gestión Clínica

1. Planificación y Programación de Actividades
 - Las actividades del HEP se planificará anualmente de acuerdo con la cartera de servicios, presupuesto y orientaciones del gestor de la red.

- La distribución de las horas médicas estará orientada a satisfacer la oferta asistencial, aplicando criterios técnicos y administrativos definidos para garantizar la eficiencia de la programación.
- 2. Gestión de Recursos Humanos y Continuidad de la Atención
 - Estimar y reducir las brechas de recursos humanos necesarias para asegurar la continuidad y calidad de la atención a los pacientes, de acuerdo con la cartera de servicios, listas de espera y la oferta existente.
 - Planificar la resolución de las intervenciones quirúrgicas de forma oportuna, asegurando la coordinación entre los jefes de servicios quirúrgicos y la programación de la tabla operatoria.
- 3. Planes de Mejora y Acreditación
 - Revisar, actualizar y gestionar la acreditación de las prestaciones según las directrices institucionales, garantizando el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.
 - Elaborar planes de mejora para perfeccionar, optimizar o corregir la calidad y seguridad de los servicios clínicos.
- 4. Gestión de Listas de Espera y Resolutividad
 - Conocer, priorizar y gestionar la resolución de las listas de espera quirúrgicas, de consultas y procedimientos GES y No GES, asegurando una atención oportuna y eficiente.
 - Fortalecer la oferta y accesibilidad de prestaciones a través de una adecuada planificación y gestión en red.
- 5. Monitoreo y Evaluación de la Calidad
 - Implementar la monitorización del equipo clínico para garantizar que todos los registros pertinentes asociados a las prestaciones sean documentados de manera adecuada, ya sea en formato físico o digital.
 - Realizar el control y mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos, asegurando que estén en óptimas condiciones para su uso en la atención de los pacientes.
- 6. Fortalecimiento de la Coordinación y el Trabajo en Red
 - Establecer el cumplimiento de los indicadores de los “Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)”, que impulsan la sustentabilidad financiera, la eficiencia operacional, la gestión asistencial en red y la calidad de la atención.
 - Generar normas, protocolos y guías clínicas para las patologías prevalentes, asegurando que estas sean difundidas, aplicadas y evaluadas de manera continua.
- 7. Implementación de Estrategias de Gestión Clínica-Financiera
 - Impulsar la ejecución y desarrollo del Plan Maestro del HEP, orientado a implementar metodologías de análisis clínico-financiero para una toma de decisiones efectiva.
 - Reforzar la optimización del registro clínico y la implementación de un plan de mejora para las compras públicas, asegurando una adecuada gestión de los recursos financieros y materiales.
- 8. Planificación de Equipos y Recursos

- Planificar la reposición y adquisición de equipos y equipamiento médico, asegurando una actualización constante que permita mantener altos estándares de calidad en la atención.

Impacto Esperado

Con esta política de gestión clínica, el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez busca garantizar una atención de salud integral y de alta calidad, que sea segura, eficiente y alineada con las expectativas de los usuarios. La estandarización de los procesos, la gestión eficiente de los recursos y la coordinación efectiva en red permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital, manteniendo su condición de Hospital Acreditado y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

c. Política de Gestión Financiera

La Política Institucional de Gestión Financiera-Contable y Presupuestaria tiene como objetivo establecer las directrices para alcanzar el equilibrio financiero de la institución, generando las condiciones necesarias para el correcto desarrollo de la actividad hospitalaria y la capacidad de enfrentar cualquier contingencia que requiera la utilización de recursos financieros.

Objetivos de la Política de Gestión Financiera

1. Equilibrio Financiero y Desarrollo Sostenible
 - Asegurar el equilibrio financiero del hospital mediante una planificación financiera adecuada, que permita el desarrollo sostenible de la actividad hospitalaria y garantice la continuidad de los servicios clínicos-asistenciales.
2. Control Presupuestario y Eficiencia en el Uso de Recursos
 - Implementar un control eficiente y permanente del uso de los recursos disponibles, verificando la estructura de costos del proceso productivo y asegurando el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Presupuesto.
 - Desarrollar planes de acción que permitan optimizar los recursos financieros, con mecanismos de planificación, seguimiento y control presupuestario por cada centro de costo.
3. Gestión de Ingresos y Sostenibilidad
 - Desarrollar una gestión eficiente de recaudación de ingresos operativos mediante la mejora continua de los procedimientos administrativos de cobranzas, recaudación y actualización de aranceles, así como la generación de estrategias de comercialización que promuevan la sustentabilidad del establecimiento.

Acciones Clave de la Gestión Financiera

1. Formulación del Presupuesto Anual
 - La formulación del presupuesto anual operacional buscará garantizar que las prestaciones clínicas y asistenciales sean otorgadas con altos estándares de calidad, privilegiando la continuidad de la atención y asegurando la correcta asignación de recursos.
 - Promover la gestión eficiente de los procesos de compras de bienes y servicios, así como programas de mantenimiento preventivo y reparativo del equipamiento, instalaciones e infraestructura.
2. Implementación de Sistemas de Información
 - Continuar avanzando en el diseño e implementación de un sistema informático integral para la gestión administrativa, que optimice el uso de los sistemas de información ministeriales y propios, tales como SIGFE, MERCADO PÚBLICO, entre otros.
3. Cumplimiento del Proceso de Devengo y Pago Oportuno

- Registrar oportunamente los documentos tributarios recibidos, contribuyendo a entregar información temprana sobre la ejecución presupuestaria, lo cual facilita la toma de decisiones financieras y mejora el control de los documentos ingresados.
 - Asegurar el pago oportuno de las deudas contraídas dentro de los plazos establecidos con los proveedores, permitiendo un control presupuestario eficiente y mejores condiciones de compra en futuras transacciones.
4. Implementación del Sistema de Costeo Hospitalario
- Potenciar la implementación del Sistema de Costeo Hospitalario (SIGCOM), alineado con la “Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPS)” desarrollada por la OPS, y vinculado al Programa de Pago vía Grupo Relacionado Diagnóstico (GRD) liderado por FONASA.
 - Utilizar esta herramienta para identificar problemas estratégicos y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar la producción, ofreciendo una visión integral de la institución.

Impacto Esperado

Con esta Política de Gestión Financiera-Contable y Presupuestaria, el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez busca garantizar la sostenibilidad financiera, optimizar el uso de los recursos, y proporcionar una atención de calidad a los usuarios. La implementación de sistemas de información y la adopción de prácticas contables internacionales contribuirán a una gestión transparente, eficiente y alineada con los objetivos estratégicos del hospital, asegurando una respuesta efectiva a las necesidades de la comunidad.

d. Política de Satisfacción Usuaría

La participación ciudadana es un elemento clave para la mejora de la gestión pública, ya que posibilita la incorporación de la opinión de la comunidad en las distintas etapas de los procesos institucionales. Esto fortalece la democracia y asegura que los resultados de la gestión sean más efectivos y alineados con las necesidades reales de las comunidades.

La política del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez está orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, velando por la atención integral del individuo y su familia, favoreciendo la humanización de la atención y garantizando un trato amable y digno.

Objetivos de la Política de Satisfacción Usuaría

Para lograr estos objetivos, se deben implementar medidas que aseguren la calidad de la atención, permitiendo la retroalimentación continua de los usuarios y promoviendo una mejora continua en los servicios. Los pilares fundamentales de esta política incluyen:

1. Medición de la Calidad de la Atención
 - Realizar encuestas de satisfacción usuaria de forma periódica y establecer buzones de opinión en distintos puntos del hospital para recopilar comentarios y sugerencias. Estos insumos servirán como base para establecer planes de intervención orientados a mejorar el trato, la calidad de la información y la satisfacción de usuarios y pacientes.
 - Elaborar informes trimestrales por departamento para analizar los reclamos, sugerencias y felicitaciones, garantizando una respuesta adecuada y dentro de los plazos legales.
2. Consejo Consultivo
 - Implementar el Consejo Consultivo como una instancia formal de participación ciudadana que asesore a la Dirección en la fijación, definición y evaluación de los planes institucionales, la calidad de la atención y otras materias relevantes. Este consejo deberá definir un plan de trabajo, un cronograma de actividades y una frecuencia de reuniones de acuerdo a las necesidades locales.
3. Comité de Satisfacción Usuaría
 - Contribuir a mejorar la percepción de la calidad de la atención a los usuarios mediante la recopilación de iniciativas de los funcionarios y promoviendo su participación activa en las sesiones del comité.
 - Diseñar un plan de mejora que sea implementado, desarrollado y evaluado de forma continua para asegurar la efectividad de las intervenciones.

Acciones Específicas

1. Estandarización de la Atención
 - Mejorar y estandarizar la atención de los usuarios mediante la implementación de un protocolo de atención uniforme y de calidad.
2. Calidad de la Información al Paciente

- Mejorar la percepción de la calidad de la información entregada a los pacientes, asegurándose de que esta sea clara, precisa y oportuna.
 - Brindar espacios para la información y participación de la comunidad hospitalaria, creando instancias para la inclusión de la familia en el proceso de recuperación del paciente a través de la estrategia del programa Hospital Amigo.
3. Fortalecimiento de la Humanización del Trato
- Capacitar a los funcionarios sobre la aplicación de la Carta de Deberes y Derechos de los Pacientes, promoviendo un trato humanizado y respetuoso en todo momento.
 - Fortalecer el trato humanizado a través de programas de sensibilización y capacitación, asegurando un ambiente de respeto y dignidad hacia los usuarios.
4. Mejorar la Atención en Ventanillas y Control de Visitas
- Fortalecer la atención en ventanillas para reducir tiempos de espera y brindar una experiencia más eficiente y amigable.
 - Implementar un sistema de control de visitas institucional en todas las áreas de hospitalizados, garantizando una información clara para los usuarios y sus familiares sobre los procesos de atención y acceso a la infraestructura.
5. Monitoreo y Seguimiento de Reclamos
- Mejorar el seguimiento y monitoreo de los reclamos ingresados al HEP, asegurando que cada caso sea tratado con seriedad y que las respuestas sean entregadas dentro de los tiempos establecidos.
 - Realizar un análisis periódico del impacto de las actividades implementadas en la percepción del paciente respecto a la calidad de la información recibida.
6. Transparencia y Retroalimentación
- Mantener informados a los usuarios sobre los procesos de atención, facilitando el acceso a información clara y precisa sobre los servicios, infraestructura y tiempos de respuesta.

Impacto Esperado

Con esta política de satisfacción usuaria, el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez busca garantizar una atención integral, humanizada y de calidad, que responda de manera efectiva a las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias. La participación ciudadana y el fortalecimiento de la relación entre el hospital y la comunidad son pilares fundamentales para lograr una mejora continua en la calidad de los servicios brindados y en la percepción de los usuarios sobre la atención recibida.

e. Política de Control de gestión

El objetivo de la política de control de gestión es promover una gestión basada en la planificación como un instrumento clave para la toma de decisiones, a través del control y seguimiento de los procesos institucionales. Esto implica realizar ajustes necesarios en las acciones para asegurar su desarrollo oportuno, alineando a la organización en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos y de las políticas de la red asistencial, con el fin de resolver de manera efectiva los problemas de salud de nuestros usuarios.

Componentes del Sistema de Planificación y Control de Gestión

El sistema de planificación y control de gestión debe considerar al menos los siguientes elementos:

1. Planificación del Control de Gestión: Definir objetivos, indicadores y metas claras que permitan un seguimiento efectivo del desempeño institucional, alineando las acciones con los objetivos estratégicos del hospital.
2. Procesamiento y Levantamiento de Datos: Recopilar y procesar datos de manera precisa y sistemática para asegurar una base de información confiable que respalde la toma de decisiones. Se deben utilizar herramientas tecnológicas que garanticen la calidad y eficiencia en el manejo de la información.
3. Reportes y Retroalimentación de Resultados: Generar reportes periódicos con información relevante, precisa y oportuna, que permitan al equipo directivo evaluar el progreso hacia los objetivos y tomar decisiones informadas. La retroalimentación debe ser constante para facilitar la mejora continua.
4. Acompañamiento en la Elaboración de Planes de Mejora: Proporcionar apoyo a las distintas áreas del hospital en la elaboración e implementación de planes de mejora, asegurando que las intervenciones estén alineadas con los objetivos estratégicos y respondan a las necesidades identificadas.
5. Evaluación de Mejoras e Intervenciones: Evaluar de manera sistemática las mejoras e intervenciones implementadas, verificando su efectividad y realizando los ajustes necesarios para optimizar los resultados obtenidos.

Principios de la Política de Control de Gestión

- Relevancia y Calidad de la Información: La información entregada al equipo directivo debe ser relevante, de calidad, oportuna, confiable y proporcionar un valor significativo para la toma de decisiones. Debe medir los ámbitos clave para la gestión efectiva de la institución.
- Periodicidad y Oportunidad: Los reportes y datos deben generarse de manera periódica, garantizando que la información esté disponible en el momento adecuado para facilitar la toma de decisiones proactiva.
- Mejora Continua: El control de gestión debe ser un proceso continuo, verificando la correcta ejecución de las estrategias y acciones diseñadas para alcanzar los objetivos institucionales. Asimismo, debe evaluar la efectividad de estas estrategias, detectando desviaciones y proponiendo ajustes para maximizar el impacto positivo.

- Alineación Estratégica: Todas las acciones de control de gestión deben estar alineadas con los objetivos estratégicos del hospital y las políticas de la red asistencial, asegurando que cada intervención contribuya al cumplimiento de la misión y visión institucional.

Acciones Clave para el Control de Gestión

1. Monitoreo y Seguimiento: Realizar un monitoreo constante de los indicadores de gestión y resultados, verificando el avance hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Este seguimiento permite identificar áreas de mejora y tomar acciones correctivas de manera oportuna.
2. Identificación de Desviaciones: Detectar desviaciones en el desempeño institucional con respecto a los planes establecidos, analizando sus causas y proponiendo soluciones para corregirlas.
3. Retroalimentación Eficaz: Proporcionar retroalimentación al equipo directivo y a las áreas operativas sobre el desempeño institucional, destacando logros y áreas que requieren atención para asegurar un enfoque de mejora continua.
4. Capacitación y Sensibilización: Capacitar a los equipos sobre la importancia del control de gestión como herramienta para la mejora del desempeño y sensibilizarlos respecto a la alineación de sus actividades con los objetivos estratégicos del hospital.

Impacto Esperado

Con esta política de control de gestión, el Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez busca garantizar una gestión eficiente y alineada con sus objetivos estratégicos, asegurando la calidad y oportunidad en la toma de decisiones. El sistema de planificación y control de gestión contribuirá a la mejora continua de los procesos, optimizando la gestión de los recursos y garantizando una atención de salud de calidad para los usuarios del hospital.

f. Política de Auditoría

El Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (HEP) considera el proceso de auditoría como una oportunidad esencial de aprendizaje y mejora continua en sus distintos procesos. A través de la fiscalización, se busca proporcionar asesoría y apoyo a la Dirección del hospital, permitiendo la implementación de medidas correctivas para garantizar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en los ámbitos asistencial, administrativo y financiero-contable, en el marco de las directrices, políticas y normas del nivel central y del gestor de red.

Objetivos de la Auditoría Interna

1. Cumplimiento Normativo y Legal
 - Garantizar el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas impartidos por el Ministerio de Salud, conforme a la obligación legal de los Servicios de Salud.
2. Apoyo Estratégico a la Dirección
 - Proporcionar informes precisos y oportunos al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y a la Dirección del HEP, para la toma de decisiones fundamentadas.
3. Transparencia y Responsabilidad
 - Asegurar que las acciones de auditoría se realicen con total transparencia, promoviendo el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones adoptadas, lo cual fomenta la confianza en la gestión del hospital.
4. Mantenimiento de la Calidad de Establecimiento Autogestionado en Red
 - Contribuir al cumplimiento de los principios orientadores que permiten al HEP mantener la categoría de Establecimiento Autogestionado en Red, asegurando las implicancias administrativas, financieras y sanitarias que esto conlleva.
5. Auditoría Integral y Mejora Continua
 - Desarrollar una función de auditoría interna integral, permanente y estable, que abarque las áreas administrativas, financieras y asistenciales, alineándose con los parámetros de evaluación de Autogestión en Red, con un enfoque de mejora continua.

Principios de la Auditoría Interna

- Independencia: La auditoría interna debe actuar con independencia funcional para garantizar imparcialidad y objetividad en la fiscalización de los procesos del hospital.
- Enfoque Preventivo: Las auditorías se orientan no solo a la detección de desviaciones, sino también a la prevención de errores y la promoción de mejores prácticas en la gestión hospitalaria.
- Transparencia: Los procedimientos de auditoría se llevan a cabo de manera abierta, promoviendo el acceso a la información relevante y facilitando el entendimiento de los criterios utilizados en la toma de decisiones.

- Mejora Continua: La auditoría interna se concibe como una herramienta de mejora continua que contribuye a la eficiencia, calidad y seguridad de los servicios que presta el hospital, fortaleciendo su gestión en todas las áreas.

Acciones Clave de la Auditoría Interna

1. Evaluación de Procesos: Identificar debilidades y oportunidades de mejora en los procesos asistenciales, administrativos y financieros, con el fin de optimizar la gestión hospitalaria.
2. Medidas Correctivas: Recomendar acciones correctivas que aseguren el cumplimiento de las normativas y mejores prácticas, asegurando la sostenibilidad y calidad de los servicios.
3. Asesoría Permanente: Brindar apoyo continuo a la Dirección del hospital para la implementación de las mejores prácticas de gestión, así como el seguimiento de las recomendaciones de auditoría.
4. Informes Periódicos: Presentar informes de auditoría con regularidad, destacando hallazgos, recomendaciones y el estado de implementación de las medidas sugeridas, con énfasis en la mejora de los procesos y el cumplimiento de las directrices institucionales.

Impacto Esperado

Con esta política de auditoría interna, el HEP busca no solo cumplir con los requisitos normativos, sino también fortalecer su capacidad de gestión y garantizar una atención de calidad, con procesos administrativos y financieros robustos. El enfoque en la transparencia, la mejora continua y la asesoría estratégica permite que el hospital mantenga su categoría de Establecimiento Autogestionado en Red, brindando así servicios seguros y eficientes a la comunidad usuaria.



ANEXO 1 - RESULTADOS PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2019-2023

La programación de actividades se planificaron para ser realizadas entre los años 2019 y 2022, en donde se propuso un total de 47 acciones a realizar, de las cuales se les dio cumplimiento a 27, alcanzando un cumplimiento total del 57,4%.

En cuanto al análisis de cumplimiento por política, se detalla lo siguiente;

- Gestión clínica, administrativa y calidad de la atención: 75%
- Gestión financiera, contable y presupuestaria: 0%
- Gestión de Recursos Humanos: 0%
- Gestión de la Satisfacción Usuaría: 64%
- Auditoría: 100%
- Control de gestión: 40%

Es relevante mencionar que la planificación fue trabajada el primer semestre del 2019, por lo que existieron elementos externos, como lo fue el desarrollo del estallido social y pandemia que afectaron el cumplimiento de las actividades propuestas.

A continuación se presenta detalle de las actividades evaluadas;

POLÍTICA									
GESTIÓN CLÍNICA, ADMINISTRATIVA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN									
Busca contribuir a la atención integral del paciente mediante una mejora continua de la calidad, oportunidad y seguridad de los procesos asistenciales. A través de esta, también se busca un fortalecimiento de la coordinación asistencial mediante una organización centrada en el paciente.									
Con respecto a la calidad en la atención, tiene como finalidad poner al sistema de gestión de calidad como un pilar de desarrollo y funcionamiento del establecimiento, lo que será de responsabilidad de la dirección.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPL E
Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	Cumplir con las GES de acuerdo al marco legal vigente	Porcentaje de garantías de oportunidad GES cumplidas en la red	Cumplir al 100% con las GES	SDM	Informe anual del SSVSA	100%	100%	100%	SI
Optimizar las estrategias y herramientas de Referencia y Contrarreferencia en la Red	Aumentar el porcentaje de contrarreferencias al alta	Monitorear Contrarreferencias generadas a la alta médica.	Contar con un nivel de contrarreferencias superior al 80%	Jefe Centro de Especialidades HEP	Informe mensual de CR	20%	50%	>80%	SI
		Implementar un sistema informático para generar la contrarreferencia automática con epicrisis	Contar con sistema de contrarreferencias 100% operativo	SDA-SDM	Sistema en uso	100%			SI
	Disminuir promedio de días de espera para	Identificar especialidades con mayor lista de espera	Disminuir al 30% la lista de espera	Jefe Atención abierta	Porcentaje de disminución al	-5	-10	-15	SI

	consulta nueva de Especialidad	en consultas			término del período.					
		Aumentar el número de consultas nuevas en las especialidades con mayor lista de espera	Aumentar el porcentaje de consultas nuevas a un 35%	SDM Control de gestión	Porcentaje de aumento de consultas nuevas	35%	35%	35%	NO	
Generar instancias de trabajo vinculantes con la red y sectores sociales	Establecer vinculación directa con sectores sociales a través de Consejo de Desarrollo Local	Crear Consejo de desarrollo local HEP	Generar instancias de participación intersectoriales	Encargada de participación ciudadana	Resolución que crea nuevo consejo	100%			SI	
		Generar conversatorios en el establecimiento	Desarrollar instancias a menos 1 vez al año	Encargada de participación ciudadana	Actas de asistencia	100%	100%	100%	SI	
Aumentar la calidad de la atención en el establecimiento	Asegurar el funcionamiento óptimo y permanente de del equipamiento e instalaciones del establecimiento para brindar una atención de calidad y segura	Realizar seguimiento de vida útil de equipos médicos	Asegurar el monitoreo del funcionamiento y estado de equipos médicos.	Unidad de Equipos Médicos	Informe Anual	100%	100%	100%	SI	
		Funcionamiento permanente de comité de inversiones	Sesionar de acuerdo a su manual de organización.	Comité de Inversiones	Actas de asistencia	100%	100%	100%	SI	
		Elaborar y ejecutar programa anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y relevantes.	100% anual	Unidad de Equipos médicos	Informe Anual	100%	100%	100%	SI	
	Implementar un plan de calidad orientado a la seguridad de la atención y cumplimiento de estándares de acreditación.	Actualizar documentos que vencen durante el año.	Mantener los documentos vigentes.	Encargada de Calidad HEP	Planilla con plazos de vencimiento	80%	80%	100%	SI	
		Realizar autoevaluación anual de características obligatorias de acreditación.	Mantener estándares de acreditación.	Encargada de Calidad HEP	Reporte anual de cumplimiento	100%	100%	100%	SI	
		Elaborar plan de trabajo anual	Contar con un plan de trabajo anual	Encargada de Calidad HEP	Documento anual	100%	100%	100%	SI	
		Evaluar cumplimiento del plan de trabajo.	Cumplir con plan de trabajo anual	Encargada de Calidad HEP	Reporte anual de cumplimiento	100%	100%	100%	SI	
	Evitar eventos centinela de alto costo para la institución y seguridad del paciente	Reportar re operaciones generadas de forma mensual	Mantener una comunicación eficiente entre unidad quirúrgica y administrativa	Jefe Pabellón	Planillas mensuales de reintervenciones	100%	100%	100%	SI	
		Analizar causas de reintervenciones con planificadas	Mantener un porcentaje de reoperaciones menores al 2%.	Jefe Pabellón	Actas de reuniones	<2%	<2%	<2%	SI	

Optimizar la producción de la red de acuerdo a la necesidad de los usuarios y de los recursos disponibles	Aumentar la producción del establecimiento	Generar plan de trabajo para disminución de outliers superiores	Disminuir estancia hospitalaria	Jefe Unidad de Producción Hospitalaria	Informes con actividades realizadas BSC	Disminuir 1 p.p de LB 2019	Disminuir 1 p.p de LB 2020	Disminuir 1 p.p de LB 2021	NO
		Realizar análisis y seguimiento mensual de las especialidades	Aumentar sobre el 15% la producción	Jefe de Unidad de Producción Hospitalaria y SDM	Informes y seguimiento mensual	5%	7%	15%	NO
	Aumentar el uso de pabellón	Distribución eficiente de la tabla quirúrgica	Aumentar el uso de pabellón al 80%	Jefe de Pabellón y SDM	COMGES -BSC	68%	75%	80%	NO
		Contar con personal capacitado para que el pabellón funciones desde las 8:00 a las 17:00 hrs.		SDM					NO
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									15
TOTAL ACTIVIDADES									20
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									75,00%

POLÍTICA									
GESTIÓN FINANCIERA, CONTABLE Y PRESUPUESTARIA									
Se deberá velar por un control adecuado, permanente y eficiente en el uso de los recursos financieros, lo cual es clave para garantizar un oportuno equilibrio financiero. La gestión financiera incluye procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos, lo cual busca optimizarlos procesos de administración con eficiencia y oportunidad.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPLE
Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan los mayores gastos	Contar con un sistema de inventarios valorado	Implementar sistema informático para valorización de inventario	Tener el 100% de las bodegas inventariadas	SDA	Sistema en uso con toda la información al día	70%	85%	100%	NO
Mejorar los sistemas de información y difusión en el área de gestión clínica de la red	Implementación de SIDRA	Realizar las actividades necesarias para la implementación de SIDRA	Contar con un sistema informativo que genere información transversal	SDA	Sistema implementado al 100% en el año 2022	Metas en base a SSVSA	Metas en base a SSVSA	Metas en base a SSVSA	NO
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									0
TOTAL ACTIVIDADES									2
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									0,00%

POLÍTICA									
RECURSOS HUMANOS									
La política de RRHH del establecimiento busca disponer del personal necesario para satisfacer las necesidades de salud del establecimiento. Las políticas de recursos humanos incluye la gestión de las personas, capacitación, selección y calidad de vida laboral.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPLE
Definir un plan de RRHH con el fin de determinar la brecha de este recurso y las competencias necesarias a través de establecimientos de perfiles de cargo.	Generar levantamiento de Perfiles de Cargo según competencias	Actualizar manual de funciones del establecimiento	Mantener un manual de funciones actualizado y en concordancia con el organigrama del establecimiento.	Sub RRHH	Resolución que apruebe manual de funciones actualizados	100%	100%	100%	NO
		Levantar de forma gradual los perfiles de cargo para cada unidad del hospital	Contar con todos los perfiles definidos	Sub RRHH	Perfiles de cargo definidos por expertos	25%	50%	100%	NO
	Determinar la brecha de RRHH considerando las necesidades locales y estándares nacionales.	Realizar un informe de brechas en conjunto con Unidades y Servicios Clínicos de forma anual.	Tener en conocimiento al inicio de cada año la brecha de RRHH existente	Sub RRHH	Informe Anual	100%	100%	100%	NO
Implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.	Realizar capacitaciones al personal médico que contribuyan a el perfeccionamiento	Gestionar a lo menos 2 capacitaciones del área médica al año	A lo menos 2 por año	Sub RRHH	Certificado de capacitaciones	2	2	2	NO
Disminuir índice de ausentismo laboral, desde una intervención biopsicosocial	Desarrollar plan de trabajo para disminuir días de ausentismo	Generar reportes trimestrales de índice de ausentismo	Tener un seguimiento de los días de ausentismo para generar planes de intervención.	Sub RRHH	Informes trimestrales	<23 días	<21 días	< 19 días	NO
		Identificar principales nodos críticos en temas de ausentismo		Sub RRHH	Informe				NO
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									0
TOTAL ACTIVIDADES									6
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									0,00%

POLÍTICA									
SATISFACCIÓN USUARIA									
El establecimiento está en constante trabajo para poder satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, generando instancias que permitan lograrlas, respecto a la información, trato, oportunidad de respuestas entre otras tareas realizadas.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPLE
Fortalecer la satisfacción del usuario en relación a la demanda en salud.	Garantizar el cumplimiento de la oportunidad, calidad y gestión de los reclamos.	Revisión periódica de reclamos recibidos en plataforma OIRS	El 100% de los reclamos serán respondidos en un plazo máximo de 15 días.	Jefe OIRS	Informe semestral de cumplimiento de oportunidad de reclamos	100%	100%	100%	SI
		Realizar capacitaciones para mejorar la calidad de respuesta	Socializar e instruir a funcionarios respecto a parámetros necesarios a considerar al momento de generar las respuestas a reclamos.	Jefe OIRS	Actas de asistencias y presentaciones	50%	80%	100%	NO
		Analizar e identificar tres tipologías con mayor cantidad de reclamos	Al 2022 ha disminuido la cantidad de reclamos en las tres tipologías priorizadas.	Control de Gestión	Informe trimestral.	100%	100%	100%	NO
		Elaboración Plan de mejora para el tratamiento de satisfacción usuaria	Disminuir de forma anual la cantidad de reclamos en tres tipologías que presentan mayor cantidad.	Jefe OIRS Control de Gestión	Documento de plan de mejora y cronograma	100%	100%	100%	NO
	Orientar a usuarios externos de la Red con respecto a funciones OIRS.	Generar charlas informativas con respecto a funciones de OIRS	Informar a usuarios del establecimiento acerca de las funciones de la OIRS	Jefe OIRS	Presentaciones realizadas		60%	100%	SI
		Generar material informativo para usuarios.		Jefe OIRS	Material Informativo		60%	100%	SI
	Potenciar la participación ciudadana en el establecimiento	Implementar estrategias generadas por instancias formales de participación efectiva	Sesionar CCU de acuerdo a manual de organización.	Cumplir con el 100% de las sesiones programadas por CCU durante el año	Encargada de Participación ciudadana	Actas de asistencia	100%	100%	100%
Elaborar Plan anual de actividades			Elaboración de un plan anual de actividades.	Encargada de Participación ciudadana	Documento	Plan elaborado a marzo	Plan elaborado a marzo	Plan elaborado a marzo	SI
Presentar plan anual de actividades a comunidad			Generar una retroalimentación desde la comunidad.	Directora HEP	Informe anual	100%	100%	100%	SI
Elaborar un plan de trabajo a seguir por CCU.			Cumplir al 100% con el plan de trabajo generado.	Encargada de Participación ciudadana	Informe anual	100%	100%	100%	SI

		Generar instancia de apoyo y capacitación a comunidad	Mantener el vínculo entre el establecimiento y la comunidad	Encargada de Participación ciudadana	Informes por actividad	Mínimo 3 actividades anuales	Mínimo 3 actividades anuales	Mínimo 3 actividades anuales	NO
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									7
TOTAL ACTIVIDADES									11
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									63,64%

POLÍTICA									
AUDITORÍA									
Contribuir a la mejora de la gestión del riesgo y controles internos institucionales, tanto en áreas clínicas y administrativas.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPLE
Dar cumplimiento efectivo al plan anual de auditoría atendiendo a políticas gubernamentales e institucionales.	Cumplir con plan anual de auditoría	Según plan anual	Cumplir con el plan anual de auditoría de acuerdo a lo programado.	Unidad de Auditoría HEP	Informe de evaluación anual	100%	100%	100%	SI
		Compromisos suscritos formalizados por auditado.				80%	80%	80%	SI
	Realizar un seguimiento de compromisos implementados y no implementados del año anterior y en curso	Generar planilla de seguimiento	Generar un control sobre los compromisos generados a partir de los hallazgos de las auditorías realizadas.		Planilla de seguimiento	100%	100%	100%	SI
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									3
TOTAL ACTIVIDADES									3
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									100,00%

POLÍTICA									
CONTROL DE GESTIÓN									
Equipo profesional que busca asesorar al establecimiento mediante la entrega de información de manera oportuna, de calidad, confiable y periódica.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	CUMPLE
Asesorar la toma de decisiones del establecimiento, mediante la entrega de información oportuna y de calidad.	Establecer un modelo de funcionamiento operativo de la unidad de planificación y control de gestión	Diseñar un manual de funciones de la unidad.	Contar con una unidad con las funciones definidas	Encargado de control de gestión	Resolución exenta que aprueba manual de funciones.	100% (Primer semestre)			SI
		Entregar informes mensuales a equipo directivo y referentes	Mantener informado y generar una retroalimentación con equipo directivo.	Unidad Control de gestión	Informes elaborados	100%	100%	100%	SI
	Utilizar indicadores establecidos por MINSAL.	Mantener un monitoreo de todas las actividades requeridas Y una gestión efectiva a nivel hospitalario.	Registros mensuales de BSC, MS, CG.		100%	100%	100%	NO	
	Elaborar herramientas y/o indicadores para generar gestión efectiva		Indicadores y/o Herramientas de medición		100%	100%	100%	NO	
	Realizar mediciones objetivas a través de indicadores	Realizar diagnósticos durante el primer trimestre de cada año**	Tener conocimiento sobre la situación en las distintas unidades para elaborar los planes pertinentes.	Informe diagnóstico	100%	100%	100%	NO	
TOTAL ACTIVIDADES QUE CUMPLEN									2
TOTAL ACTIVIDADES									5
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO									40,00%

ANEXO 2 - LISTADO DE PREGUNTAS

A continuación se muestra listado de de preguntas utilizadas en jornada participativas realizadas durante el mes de marzo;

1. **Servicios clínicos** que proporciona el Hospital, en cuanto a cartera de servicios ¿Los encuentra suficientes? - ¿Los encuentra insuficientes? - ¿Qué propondría para mejorar?
2. **Procesos administrativos** para obtener una atención médica - ¿Es rápida, expedita, oportuna? - ¿Es lenta, con trámites dilatorios o innecesarios? - ¿Qué propondría para mejorarla?
3. **Calidad de la atención** - ¿Es buena, satisface las necesidades de los pacientes y usuarios? - ¿Es mala, mediocre o deficiente? - ¿Cómo cree que se puede mejorar?
4. Los **recursos financieros** con los que dispone el Hospital - ¿Son suficientes? - ¿Son insuficientes? - ¿Qué propondría?
5. **Sistemas de información** internos, informáticos, intranet, correos electrónicos, información de pacientes (fichas clínicas) - ¿Son oportunos, suficientes, insuficientes, mal utilizados, obsoletos? - ¿Cómo afecta en caso de ser insuficientes y obsoletos, en la gestión del hospital? - ¿Qué propondría para mejorarlos?
6. **Insumos clínicos**, materiales, equipos y similares. ¿Son suficientes o insuficientes? ¿Qué equipos o materiales cree Ud. que son necesarios y que ahora no están? ¿Qué propondría para mejorar?
7. **Cantidad de dotación de personal** ¿En general son suficientes en cantidad o no? ¿Si no son suficientes en qué áreas se requieren mayor cantidad y de qué estamentos? ¿Qué propondría para mejorar la permanencia del recurso humano en el hospital y su no emigración a otros hospitales?
8. **Capacitación y especialización** del personal ¿Los funcionarios se encuentran capacitados y especializados, de manera que enfrenten los requerimientos de la institución y usuarios? ¿La capacitación y especialización es insuficiente, especialmente en qué unidades o áreas? ¿En qué temáticas sería importante la capacitación y especialización? ¿Qué propone para mejorar en este aspecto?
9. **Organización y funciones del Hospital** ¿Conoce la Orgánica del Hospital, cómo se compone la institución, las funciones de las unidades y de los funcionarios? ¿Considera que existe claridad en cuanto a la composición del hospital y mis funciones en el cargo? ¿Qué propondría para mejorar las falencias en relación a estas herramientas de gestión?
10. **Ausentismo Laboral** ¿Cuáles cree Ud que son las causas del alto ausentismo de funcionarios por licencia médica? ¿Cómo cree Ud. ¿Se puede disminuir este ausentismo?
11. **Satisfacción Usuaría** ¿Percibe que en los pacientes y comunidad en general, existe conformidad con los servicios que reciben del hospital? ¿Cómo cree Ud. que se mejoraría la atención y los pacientes manifestaron su conformidad?
12. **Comunicación Hospital**, comunidad y pacientes ¿Considera que la comunicación entre el hospital y sus usuarios es suficiente, no es suficiente, porque? ¿Considera que la comunicación entre el hospital y sus usuarios es suficiente, no es suficiente, porque? ¿Cómo mejorar la comunicación, que propondría?
13. **Controles internos institucionales** ¿Conoce la Unidad encargada de auditoría del hospital y cuáles son sus funciones? ¿Son suficientes y oportunos los controles internos, para evitar riesgos clínicos y administrativos? ¿Qué propone para mejorar la labor de la unidad de auditoría?

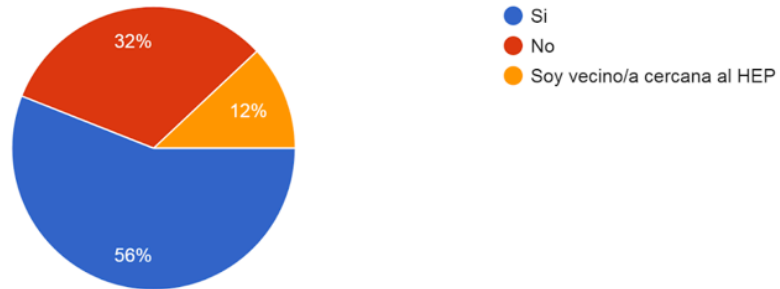
14. **Asesoría informativa al Equipo directivo y Jefatura** ¿Considera que el equipo directivo y jefaturas de unidades cuentan con la asesoría e información necesaria para la correcta toma de decisiones? ¿Qué propone para mejorar esta función y que las jefaturas tengan herramientas para tomar las mejores decisiones?
15. **Misión y visión** ¿Cómo percibe el hospital en cuanto a atención en general e integración en la red asistencial y como le gustaría que fuera?

ANEXO 3 - RESULTADO DE ENCUESTA APLICADA

En la encuesta aplicada se registraron 231 respuestas con los siguientes resultados;

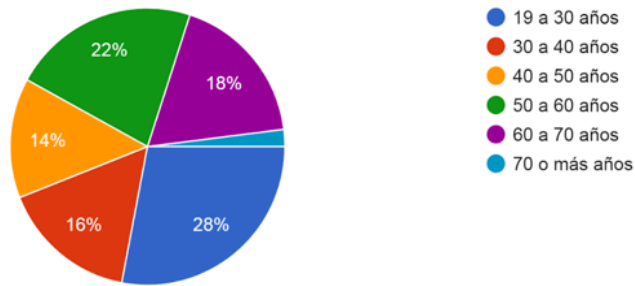
1.- ¿Es usted o algún familiar usuario o usuaria del Hospital Dr. Eduardo Pereira ?

231 respuestas



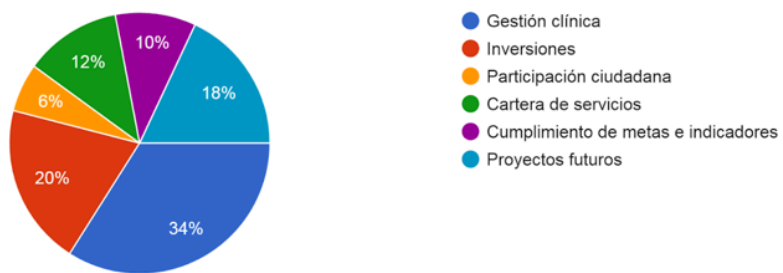
2.- ¿Su rango de edad es?

231 respuestas



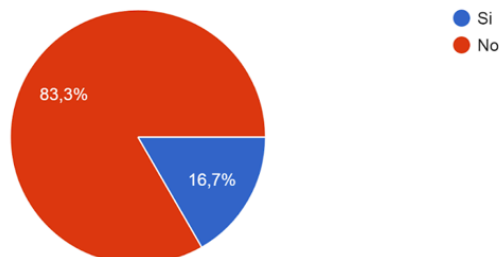
3.- ¿Cuál de los siguientes temas considera que son de mayor relevancia abordar en la planificación estratégica?

231 respuestas



4.- ¿Conoce la misión, visión y valores de la institución?

231 respuestas



ANEXO 4 - FODA PRIORIZADO

	N	Característica	Impacto	Relevancia	Cambio	Valoración
FORTALEZAS	7	Acreditados en calidad y seguridad del paciente	3	3	3	27
	8	Existencia y aplicación de procedimientos estandarizados.	3	3	3	27
	9	Compromiso y calidad humana del personal con la atención al paciente y con el establecimiento	3	3	3	27
	10	Capacidad de adaptación del personal a nuevas tecnologías.	3	3	3	27
	11	Gestión eficiente de recursos en áreas clínicas.	3	3	3	27
	12	Atención centrada en el paciente	3	3	3	27
	13	Integración clínico administrativo	3	3	3	27
	5	Capacidad de resolución de procedimientos clínicos de alta complejidad	3	3	3	27
	6	Formación de equipos de trabajo colaborativos.	3	3	2	18
	2	Existencia de programas de capacitación.	2	3	2	12
	3	Información estadística consolidada y accesible	2	3	2	12
	4	Sentido de pertenencia de los funcionarios con el HEP	3	2	2	12
	1	Coordinación eficiente y oportuna con la unidad de compras públicas.	2	1	3	6
	3	Hospital Autogestionados.	1	2	2	4

	N	Característica	Impacto	Relevancia	Cambio	Valoración
OPORTUNIDADES	10	Disponer de una política de participación usuaria	3	3	3	27
	2	Modernización tecnológica y digitalización.	3	3	2	18
	4	Búsqueda de financiamiento adicional para proyectos.	3	3	2	18
	6	Existencia de una ficha clínica electrónica unitaria e integrada en la Red.	3	3	2	18
	7	Existencia de políticas de retención y reconocimiento del personal.	3	3	2	18
	8	Integración con la red asistencial, participación en la planificación y coordinación con otros hospitales de la red.	3	3	2	18
	9	Contar con recursos para mejora de la infraestructura hospitalaria.	3	2	2	12
	3	Disponibilidad de programas de capacitación en liderazgo.	3	2	2	12
	5	Mejora de canales de comunicación externa (RRSS, Medios de comunicación masivos)	2	2	2	8
	1	Desarrollo y aprobación de estudios preinversionales (EPH).	2	3	1	6

	N	Característica	Impacto	Relevancia	Cambio	Valoración
DEBI LIDA DES	4	Falta de control de insumos y carencia de bodegaje central.	3	3	3	27
	3	Falta de unidad de proyectos consolidados.	3	3	2	18
	9	Brechas en TICS y plataformas digitales disponibles.	3	3	2	18
	11	Desconocimiento de misión del hospital, funciones, herramientas de liderazgo y comunicación interna insuficiente.	2	3	3	18
	12	Pabellones no cumplen con criterios mínimos exigidos.	3	3	2	18
	13	Alta carga laboral distribución no armónica de trabajo	3	3	2	18
	14	Falta de reconocimiento.	2	3	3	18
	15	Falta de resolutiveidad de operaciones y mantenimiento	3	3	2	18
	1	Brecha en infraestructura y equipamiento.	3	3	1	9
	2	Servicios clínicos y de apoyo insuficientes.	3	3	1	9
	6	Alta rotación de funcionarios y baja capacidad de retención.	3	3	1	9
	7	Brechas en RRHH de médicos especialistas	3	3	1	9
	10	Brechas en capacitación	2	2	2	8

	N	Característica	Impacto	Relevancia	Cambio	Valoración
AMEN AZAS	2	Falta de coordinación de la gestión de Red.	3	3	3	27
	6	Falta de política de formación de especialistas para la Red.	3	3	2	18
	8	Cambios legislativos sin recursos correspondientes	3	3	2	18
	5	Centralización de gestión y priorización de proyectos a través del SSVSA.	3	2	2	12
	3	Aumento de la demanda y complejidad de prestaciones a nivel de red. (Asociado a perfil sociodemografico de usuarios de la Red)	3	3	1	9
	4	Escasez de médicos y otros profesionales de la salud.	3	3	1	9
	7	Escasez de recursos financieros.	3	3	1	9
	9	Altos costos de contratación de servicios externos.	3	3	1	9
	12	Servicios de salud contiguos como atracción de personal	3	2	1	6
	1	Lineamientos MINSAL no concordantes con el perfil del hospital y aumento constante de metas.	2	3	1	6
	10	Alta rotación de directivos SS	2	2	1	4
	11	Localización y accesibilidad	2	2	1	4

ANEXO 5 - FODA DINÁMICO

El FODA dinámico es una metodología que permite analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de una organización de manera interactiva y adaptativa, integrando el análisis estratégico con la acción concreta. A diferencia del FODA tradicional, no se limita a listar elementos, sino que establece relaciones entre ellos para generar estrategias específicas. Este enfoque utiliza una matriz que cruza las fortalezas con las oportunidades (FO) para potenciar ventajas, las fortalezas con las amenazas (FA) para reducir riesgos, las debilidades con las oportunidades (DO) para convertir limitaciones en mejoras, y las debilidades con las amenazas (DA) para minimizar impactos negativos. Estas interacciones se convierten en insumos clave para definir planes de acción precisos, priorizando iniciativas según su relevancia e impacto en el entorno organizacional. A continuación se detallan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

F1: Acreditados en calidad y seguridad del paciente.

F2: Existencia y aplicación de procedimientos estandarizados.

F3: Compromiso y calidad humana del personal con la atención al paciente y con el establecimiento.

F4: Capacidad de adaptación del personal a nuevas tecnologías.

F5: Gestión eficiente de recursos en áreas clínicas.

F6: Atención centrada en el paciente.

F7: Integración clínico administrativo.

F8: Capacidad de resolución de procedimientos clínicos de alta complejidad.

O1: Disponer de una política de participación usuaria.

O2: Modernización tecnológica y digitalización.

O3: Búsqueda de financiamiento adicional para proyectos.

O4: Existencia de una ficha clínica electrónica unitaria e integrada en la Red.

O5: Existencia de políticas de retención y reconocimiento del personal.

O6: Integración con la red asistencial, participación en la planificación y coordinación con otros hospitales de la red.

O7: Contar con recursos para mejora de la infraestructura hospitalaria.

O8: Disponibilidad de programas de capacitación en liderazgo.

D1: Falta de control de insumos y carencia de bodegaje central.

D2: Falta de unidad de proyectos consolidados.

D3: Brechas en TICS y plataformas digitales disponibles.

D4: Desconocimiento de misión del hospital, funciones, herramientas de liderazgo y comunicación interna insuficiente.

D5: Pabellones no cumplen con criterios mínimos exigidos.

D6: Alta carga laboral distribución no armónica de trabajo

D7: Falta de reconocimiento.

D8: Falta de resolutividad de operaciones y mantenimiento

A1: Falta de coordinación de la gestión de Red.

A2: Falta de política de formación de especialistas para la Red.

A3: Cambios legislativos sin recursos correspondientes

A4: Centralización de gestión y priorización de proyectos a través del SSVSA.

A5: Aumento de la demanda y complejidad de prestaciones a nivel de red.

A6: Escasez de médicos y otros profesionales de la salud.

A7: Escasez de recursos financieros.

A8: Altos costos de contratación de servicios externos.

		O								A								
		O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	
		F+O: ¿ De qué forma la fortaleza me permite aprovechar la oportunidad?								F+A: ¿ Si refuerzo la fortaleza hasta que punto puedo defenderme mejor de la amenaza?								Total
F	F1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	3	3	2	2	1	1152
	F2	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	2	3	4	2	4	1	42467328
	F3	4	3	2	3	3	4	3	2	4	3	4	2	3	3	3	3	40310784
	F4	1	5	2	4	1	1	2	1	3	1	1	2	3	3	3	2	25920
	F5	1	5	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	4	2	4	4	1658880
	F6	4	3	3	3	2	3	2	2	4	2	2	2	3	2	1	1	497664
	F7	2	4	3	4	2	2	3	2	4	2	3	3	3	1	3	3	4478976
	F8	1	4	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	4	2	2	1	559872
		D+O: ¿ Si corrijo la debilidad hasta que punto aprovechar mejor la oportunidad?								D+A: ¿ Si corrijo la debilidad hasta que punto podre defenderme mejor de la amenaza?								
D	D1	1	4	2	1	1	3	3	3	3	1	3	1	4	3	4	1	93312
	D2	3	5	4	3	2	3	3	4	2	2	2	4	3	2	4	3	29859840
	D3	3	5	3	5	2	4	2	3	4	1	2	3	4	2	3	3	18662400
	D4	3	2	2	2	4	3	1	4	3	2	2	2	3	2	2	1	331776
	D5	1	4	3	2	4	2	1	1	3	3	1	1	4	4	3	4	331776
	D6	1	3	3	2	4	2	1	3	3	1	3	1	3	2	3	3	209952
	D7	1	1	2	2	4	1	1	4	1	1	2	1	3	4	3	2	9216
	D8	1	3	2	1	2	1	4	1	3	1	2	1	3	2	3	4	20736
Total		2592	207360000	4478976	1105920	1179648	186624	93312	55296	10077696	3456	55296	46656	241864704	442368	13436928	62208	

ANEXO 6 - MATRIZ CAME

La matriz CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar) es una herramienta estratégica que se utiliza para traducir el análisis FODA en acciones concretas. Sirve para desarrollar estrategias basadas en el cruce de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas identificadas en el diagnóstico. Cada elemento del FODA se aborda desde una perspectiva proactiva:

Corregir: Diseñar acciones para superar las debilidades internas.

Afrontar: Crear estrategias para mitigar o enfrentar las amenazas externas.

Mantener: Asegurar y fortalecer las fortalezas existentes para conservar ventajas competitivas.

Explotar: Aprovechar al máximo las oportunidades externas para generar beneficios o mejoras.

Esta matriz transforma el análisis situacional en un plan de acción operativo y estratégico, alineado con los objetivos organizacionales.

		Factores Externos				
Factores Internos			MANTENER		EXPLOTAR	
	F1	Existencia y aplicación de procedimientos estandarizados (Administrativos y asociados a la calidad y seguridad de la atención)	O1	Modernización tecnológica y digitalización.		
	F2	Compromiso y calidad humana del personal con la atención al paciente y con el establecimiento.	O2	Búsqueda de financiamiento adicional para proyectos.		
	F3	Integración clínico administrativo.	O3	Existencia de políticas de retención y reconocimiento del personal.		
	F4	Gestión eficiente de recursos en áreas clínicas.	O4	Existencia de una ficha clínica electrónica unitaria e integrada en la Red.		
			CORREGIR		AFRONTAR	
	D1	Falta de unidad de proyectos consolidados.	A1	Aumento de la demanda y complejidad de prestaciones a nivel de red. (Asociado a perfil sociodemográfico de usuarios de la Red)		
	D2	Brechas en TICS y plataformas digitales disponibles.	A2	Escasez de recursos financieros.		
	D3	Desconocimiento de misión del hospital, funciones, herramientas de liderazgo y comunicación interna insuficiente.	A3	Falta de coordinación de la gestión de Red.		
	D4	Los pabellones no cumplen con los criterios mínimos exigidos.	A4	Escasez de médicos y otros profesionales de la salud.		

ANEXO 7 - RESULTADO EN JORNADAS PARTICIPATIVAS

Join at menti.com | use code 3268 8544 Open Mentimeter

¿Qué creen que hace único a nuestro hospital en comparación con otros?

27 responses

Referente macrozona

Calidad humana de los funcionarios

Entregar confianza al ser atendidos, con una actitud más cercana y amable hacia el usuario .

Participación comunitaria de alto nivel

Calidez y calidad laboral

Insitucion de salud de alta complejidad medico-quirurgica

Eficiencia, humanizacion, buen trato y carisma en el personal

Calidad humana

Atencion integral y humanizada

Innovación, entorno al hospital, historia, vocación docente.

1. Hospital familiar para adulto 2. atención especializada médico quirúrgico de calidad 3. Reconocimiento a nivel local comunal.

Empatía y compasión en la atención Calidez humana Atención cerrada Ubicación

Hospital con experiencia probada Comunitario en un entorno único Presta servicio en cirugías complejas e innovadoras

Respeto, comunicación, calidad humana, empatía y servicio oportuno de calidad.

cerrada Ubicación privilegiada Autogestionada

Compromiso con la atención en salud humanizada y personalizada centrada en la comunidad Entregar atención integral basada en el compromiso en nuestros pacientes

Hospital de alta complejidad Médico y Quirúrgica

Humanización, experiencia y trabajo en res

Empatía y compasión en la atención Calidez humana Atención cerrada Ubicación privilegiada Autoaestionado

Atendemos a usuarios de red Valparaíso San Antonio

Ecosistema en el que se encuentra. Hospital de alta complejidad a pesar de contar con urgencia. Usuario muy específico Buena atención a sus pacientes, flexible con compromiso con la diversidad

Hospital de especialidad quirúrgica para el adulto Sin urgencia Empatía, cercanos calidez

Atención al paciente con calidad administrativa , técnica y clínica y

Trato cercano y amable

Contribuir a la salud del paciente Ambiente familiar con calidad humana... Cercanía al usuario... Familiarización entre los funciinnarios

Satisfacer necesidades y expectativas medico quirurgicas de nuestra población de forma eficiente, segura, oportuna y de calidad

Resolver patologia medicoquirurgicas de alta complejidad de la macrored con calidad.

Join at menti.com | use code 3268 8544

Open Mentimeter

¿Cuál es el propósito principal de nuestro hospital?

27 responses

Atención familiar	Mejorar calidad de vida de las personas	Especialización quirúrgica
Atencion intregal y humanizada	Entregar salud de calidad a los pacientes	Contribuir a la recuperación de la salud
Trato digno	Proporcionar salud de calidad eficiente a toda la comunidad.	Mejoramiento continuo, innovación tecnológica y calidad en atención
Brindar una atención médica y profesional de calidad , con un enfoque de apoyo psicoemocional.	Ser una comunidad hospitalaria, acogedora de respeto y contención al usuario	Entregar atención integral basada en el compromiso con nuestros pacientes
Atención integral de la demanda medicoquirúrgica de patología de alta complejidad de usuarios adultos	Atención de excelencia al paciente con calidad administrativa, técnica y clínica	Con enfoque de apoyo psicoemocional
Atender las necesidades de salud en forma eficiente y oportuno	Entregar un servicio de salud de calidad, oportuna, humanizado y empatico hacia nuestros pacientes, enfocados en la innovación y mejora continua.	Atención humanizada, cálida y de calidad con centro en el paciente. Resolutivo Formador y educador en salud a la población y funcionarios. Disminución de Lista espera.
Dar atención de salud especializada, oportuna, amable y cercana	Satisfacer necesidades y expectativas de salud medico quirurgicas de nuestra poblacion de forma eficiente, segura, oportuna y de calidad	Resolver la patología médica quirúrgica del adulto Satisfacer la demandas de salud del adulto
Contribuir a un ambiente integrado a la salud del paciente	Articuladores, gestores y facilitadores de los procesos clinicos-administrativos	Atención Especializada médico quirúrgico del adulto humanas y de calidad.
Resolvee cirugia mayor oncologica electiva	Responsabilidad Compromiso Trabajo en equipo	Compromiso, trabajo en equipo, comunicación institucional efectiva.

← M →

Press SPACE to group responses

17



Join at menti.com | use code 3268 8544



¿Cómo ves a nuestro hospital en los próximos 5 años?

32 responses

- Mejor fachada (interior y exterior)
- Más ecológico (espacios verdes y reciclaje)
- Ser un centro asistencial reconocido por ser innovador, tecnologico, inclusivo y autosustentado.
- Estructuralmente renovado Puertas abiertas con otras instituciones Cumpliendo la misión y valores Compromiso con sus funcionarios
- Un hospital modernizado en cuanto a tecnología e imagen estructural . Mejoras áreas verdes, con espacios recreativos para usuarios y funcionarios .
- Posicionado como líder en medicina interna y cirugía con tecnología de punta, infraestructura accesible para
- fachada pintada y jardines mantenidos.Hospital ma
- Eficiente
- Con mejores líderes
- Mejores TICs
- especializados y capacitados Hospital verde Implementar medidas para reducir ausentismo.
- Con mejor infraestructura mínima: mejores camillas, ascensores, etc
- Lo vemos más amiguo y resolutivo, con mejor equipamiento e infraestructura renovada y de calidad
- Con avance tecnologico, mejor equipamiento y mayor infraestructura
- Más resolutivo, con disminución de los tiempos de espera y optimizacion de infraestructura y equipamientos
- Más tecnológico,mejor infraestructura y áreas verdes, mejor conectado
- Lo vemos tecnológico, equipamiento de punta, un entorno cohecistente con el medio ambiente,
- Hospital moderno e innovador
- electivo complejo con atencion ontegral y oportuno en una infraestructura modernizada y funcionarios capacitados en sus respectivas areas
- Midernizacion de TIC, ficha digital, equipos de trabajo satisfechos, renovación de equipos y contar con los que faltan, modernización de pabellones y farmacia. Integración de red
- Avances tecnológico
- Ficha electrónica
- Reconocido a nivel regional
- Moderno, acogedor e integral
- Como el mejor hospital de Chile reconocido por la comunidad
- Aumentar espacios seguro de trabajos (modulares)
- Hospital moderno. Infraestructura renovada con norma técnica vigente. Personal suficiente y capacitado.
- Alta mente resolutivo y especializadoHumanolIntegrado en redEquipamiento tecnológico e infraestructura moderna
- Reconocido a nivel regional
- Con mejor infraestructura y acceso
- Adoptar tecnologías de punta, espacios aptos para atender pacientes y sus familiares, nuevo hospital
- Con infraestructura moderna
- Con equipos de salud sanos y cuidados



Press **SPACE** to group responses



Join at menti.com | use code 3268 8544



¿Qué logros e innovaciones importantes les gustaría que alcanzara nuestro hospital en el futuro?

23 responses

- Pabellones nuevos y tecnológicos
- Pabellones quirurgicos nuevos !!!!!!!
- Digital de fichas y pabellones modernos
- Ampliar cartera de servicios con nuevos profesionales, mejorar instalaciones con énfasis en funcionarios , continuar con cirugías innovadoras
- Ficha Clínica electrónica... Diguitalizacion en procesos Clínicos y administrativos. Mejoramiento en infractuctura (pabellones)
- Modernización informática y de infraestructura, nuevo hospital, nuevas técnicas diagnósticas.
- Implementacion digital
- Queremos que sea reconocido a nivel regional y nacional, con mayor accesibilidad, siendo un lider en investigación y con mejor ambiente laboral.
- Ficha electrónica x2
- Adoptar nuevas tecnologías de punta, lugares aptos para atender pacientes y sus familias, nuevo hospital
- Visibilización comunitaria, tecnologías (informatica, ficha clinica, pabellones), infraestructura adecuada, centro macroregional del cancer, mas recurso humano
- Modernización de pabellones, adquisición de angiografo y resonador.
- Renovacion equipamiento y tecnologia
- Proyecto angiografo
- Mejor equipamiento
- Ficha clínica electrónica, interoperabilidad en sistemas clínicos y apoyo terapéutico. Hospital digital cero papel.
- Ficha electronica
- Ficha digital en red a nivel nacional . Sistema de información accesible 24 horas . Cambio estructural en la presentación , que sea más acogedora , y alegre .
- Ficha electrónica Equipamiento tecnología de vanguardia Modificación de la infraestructura RRHH especializado Dotación de personal acorde a estándares ministeriales Hospital docente de excelenci

Join at menti.com | use code 3268 8544



¿Basados en los pilares estratégicos, cuál es la principal meta que creen que nos deberíamos enfocar para ser considerados líderes en salud?

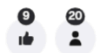
26 responses

Hospital nuevo !!!!!	Visibilizar la existencia e importancia del HEP	Valorizar y reconocer la carrera funcionaria.
Mejorar la infraestructura para la innovacion y modernización tecnológica	Optimización de recursos	Lograr ser un hospital innovador, moderno, tecnológico, humanista y con respeto al medio ambiente
Inversion de recursos y mayor financiamiento	innovación y modernización tecnológica	Conseguir recursos financieros para implementar la Modernización tecnológica e infractura adecuada a las necesidades
Posicionarnos como un hospital altamente especializado en prestaciones de salud a nuestros beneficiarios con optimización de recursos tecnológicos y financieros.	Hospital nuevo!!!	
	Hospital nuev!!!	
Humanización, retención y liderazgo	Modernizacion de procesos e infraestructura	Inversión de tecnología de punta, y personal especializado y capacitado.
Visibalzar importancia resolucio n quirurgica del HEP en la red	Desarrollo de todo el RRHH, carrera funcionaria, optimizar recursos financieros,	Tener un servicio medico, quirúrgico y oncologico, entregando un servicio de calidad por profesionales con liderazgo
Hospital nuevo!!!	Te quiero HEP	Innovación y modernización con ficha clínica electrónica . Capacitación permanente y continua de todos los funcionarios . Mejoras estructurales y del entorno natural .
Ingenierossss informáticos!!		

Join at menti.com | use code 3268 8544



Ranking



ANEXO 8 - RESULTADO EN JORNADAS PARTICIPATIVAS PARA ELABORACIÓN DE PLANES DE ACCIONES

