



PLAN ESTRATEGICO 2020 - 2023

Aprobado por Resolución Exenta N° 3.405 del 15 de Julio de 2020

- JULIO 2020 -



Equipo Responsable de la Actualización del Plan Estratégico:

Dra. Celia Moreno Chamorro

Directora Hospital La Serena

Ing. Luis Iván Marín Campusano

Jefe de Departamento de Desarrollo Institucional

TM. Fernando Gahona Rojas

Referente de Autogestión

Equipo Colaborador:

Dra. Alejandra Letelier Muñoz

EU. Marcela Valenzuela Rico

Ing. Camilo Allendes Araya

Ps. Gidget Sir Rivera

Ing. Carla Araya Polanco

Mt. Andrea Cavero Tardornes

TM. Vivianet Peralta Contador



INDICE

PRESENTACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I.....	8
Metodologías utilizadas para la elaboración del plan estratégico.....	8
Metodología del Balanced Scorecard (BSC). Generalidades:.....	8
Metodología para el desarrollo del Plan estratégico.....	9
CAPITULO II.....	11
Marco Conceptual.....	11
Aplicación del Marco Conceptual.....	11
Misión.....	11
Visión.....	11
Valores y Filosofía.....	11
Análisis Externo.....	12
Análisis Interno FODA.....	13
Políticas en las cuales se sustenta el Plan Estratégico del Hospital de la Serena:.....	19
Política y plan de acción de Recursos Humanos.....	20
Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.....	21
Política de Calidad y Seguridad del Paciente.....	21
Plan de Gestión Clínica y Administrativa.....	22
Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y otros Ingresos.....	23
Plan de Actividades de Auditoría interna.....	24
Sistemas de Planificación y Control de Gestión.....	25
Política de los Recursos Físicos e Inversiones.....	26
Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria.....	27



Análisis Estratégico.....	29
Análisis Estructural.....	31
Identificación de áreas críticas.....	33
El método de los impactos cruzados.....	33
Identificación de áreas críticas.....	33
El Eje de la Estrategia.....	34
CAPITULO III.....	35
Objetivos Estratégicos.....	35
Objetivo estratégico 1: Sustentabilidad Financiera.....	36
Objetivo estratégico 2: Eficiencia Operacional.....	37
Objetivo estratégico 3: Gestión Asistencial en Red.....	38
Objetivo estratégico 4: Excelencia de la Atención.....	39
CAPITULO IV.....	47
Implementación del plan estratégico.....	47
Propuesta Organigrama de la Institución asociado a la implementación del Plan Estratégico.....	48
Mapa Estratégico:.....	49
CAPITULO V.....	50
Control de la gestión del plan estratégico.....	50
Resumen Ejecutivo.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	52



PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico es un documento de Gestión del Establecimiento, que pretende ser el puente entre el hoy y el futuro del hospital de La Serena; Es una oportunidad de mejora concreta, de la actividad que esta organización realiza en beneficio de los usuarios que día a día utilizan nuestras instalaciones.

La ejecución de las acciones planteadas aquí, nos permitirá acercarnos más, a nuestros pacientes, familiares y trabajadores del establecimiento, que deben considerar este documento como la carta de navegación que seguiremos en los próximos cinco años y que fue fruto de las diferentes voluntades convocadas a pensar el futuro que este hospital se plantea construir.

Es entonces imperativo que todos los que trabajamos en el Hospital Regional San Juan de Dios de La Serena, conozcamos lo que en estas páginas se indica y a la vez colaboremos con la ejecución de las actividades que se han definido, pues la propuesta nos permitirá avanzar hacia el cumplimiento explícito de nuestra misión.

La responsabilidad de construir lo que este documento describe es de todos los que aquí trabajamos, Director, Jefes de Departamento, Jefes de Sub Departamento, Jefes de Servicios Clínicos, Supervisores y Jefes de Unidades de Apoyo, Gremios y Trabajadores en general. De la evaluación de la implementación de este Plan Estratégico, así como del Control de Gestión que el mismo genera, depende el que seamos capaces de transformarnos en un Hospital más cercano a nuestros usuarios y preocupado de mejorar cada día la calidad de las atenciones, prestaciones y procesos que desarrollamos, ya que estamos convencidos que cuando algo mejora todo lo que está a su alrededor también lo hace.

La tarea de implementar, coordinar y controlar el desarrollo del Plan Estratégico ha sido delegada a los integrantes de las Unidades de Desarrollo Organizacional y Calidad y Seguridad del Pacientes, quienes desplegarán las estrategias definidas e informarán de los avances obtenidos.

La invitación que hago entonces, es a colaborar con la implementación de este plan estratégico y recordar que el documento no es un fin en sí mismo, sino una herramienta que nos permitirá alcanzar un futuro soñado, que haga más segura la atención que otorgamos a nuestros usuarios y genere a la vez el espacio propicio para el desarrollo de los que aquí laboramos.

Dra. Celia Moreno Chamorro

Directora Hospital San Juan de Dios de La Serena



INTRODUCCIÓN

La Reforma de la Salud en Chile, establece las nuevas bases legislativas y normativas del Sistema Público de Salud, y nos enfrenta al enorme desafío y responsabilidad de cumplir las metas planteadas por los objetivos sanitarios definidos para Chile con miras a mejorar la salud de nuestra población.

Lograr éxito en esta tarea, obliga a todo el sistema a realizar esfuerzos por adoptar nuevos estilos de gestión, liderazgo e interacción que hagan posible alcanzar lo propuesto. Para este propósito, la organización del sistema en Redes Públicas de Salud ha sido definida como la mejor estrategia para alcanzar la transformación del sistema de salud pública.

Sin duda alguna, es necesario considerar que el despliegue de los objetivos sanitarios, según lo planificado por el Ministerio de Salud (MINSAL), tiene impacto en los Clientes, Procesos, Desarrollo y Finanzas de toda la Red Asistencial y es sin duda alguna una transformación mayor a la forma en que se ejecutan acciones destinadas a atender a los usuarios del sistema.

En este contexto, los Hospitales Auto gestionados en Red, definidos y creados por la ley 19.937, de la Autoridad Sanitaria, artículos 25 al 27, surgen como los encargados de otorgar atención de calidad a los usuarios que atienden, teniendo la obligatoriedad de mostrar resultados tanto en la parte clínica, relación con sus usuarios, desarrollo y equilibrio financiero aplicado sobre la salud de la población asignada por cobertura. El desarrollo del Modelo de Autogestión en Red, se viene desarrollando en el país, desde el año 2003, monitorizando el grado de avance de los requisitos para ser Autogestionados hasta dos veces por año, en 61 hospitales del país.

Todo lo anterior constituye sin lugar a dudas, todo un reto para el sector, debido a que el trabajo al interior de las diferentes unidades hospitalarias existentes en el país, en general, no gestionan procesos que hagan sustentable las tareas propias del quehacer preventivo–curativo y luego permitan, a través de un sistema de costeo de prestaciones y actividades inherentes a las mismas, contener gastos, ajustarse al presupuesto asignado y cumplir las metas del sector.

En suma, la regulación vigente, genera una problemática que abarca desde la necesidad de ordenar el sistema de atención y los procesos administrativos (contabilidad, cobranza de bonos, atención al cliente, sistemas de recursos humanos) y crear un sistema de gestión eficiente en el ámbito público (control de costos de explotación y cultura de eficiencia) hasta la creación de mecanismos y guías para las atenciones médicas que permitan resguardar la salud y las prestaciones efectuadas a sus usuarios.

En el mundo actual, entregar prestaciones de salud asociados a estándares internacionales, no sólo es un desafío sino, una necesidad imperiosa para otorgar una atención orientada a los pacientes y competir adecuadamente en un mercado económico relevante, pero protegiendo un derecho fundamental de los usuarios, como es la entrega de una atención digna, profesional y de calidad.



La adopción de nuevos modelos de gestión y a la generación de la gestión de procesos, hace que el desarrollo de la organización sea complejo, principalmente porque las características de la oferta y de la demanda del servicio de salud, obligan a adoptar nuevos conceptos en la dirección de la organización, a crear nuevos sistemas y desarrollar nuevas estructuras, vale decir, cambiar el estilo tradicional de trabajo. La heterogeneidad del personal que trabaja en el sector, determina que se deben ejecutar acciones destinadas a mejorar el clima laboral y de salud de los funcionarios, lo que agrega un nuevo desafío para desarrollar nuevos y mejores procesos de difusión y participación como herramientas destinadas a modificar actitudes y transformar a la excelencia como el principio fundamental del trabajo de los funcionarios de salud, ya que hay que recordar que el principal activo de las empresas de servicios es su recurso humano.

Proceso de Actualización de la Planificación Estratégica, Hospital de La Serena.

La necesidad de alinear la Planificación Estratégica, con los elementos Normativos exigidos por el Ministerio de Salud en los ámbitos de Autogestión en Red, Auditoría de Autogestión, Calidad y Acreditación de Prestadores Institucionales, se procede a actualizar la Planificación Estratégica previamente establecida para el Hospital San Juan de Dios de La Serena, a partir de la revisión de documentación asociada al desarrollo de la institución y otros propios de la Red asistencial de la Región de Coquimbo.

La Planificación Estratégica es el proceso que define planes de acción para llegar a cumplir con las metas planteadas y materializar la visión del Hospital y sus compromisos de gestión. Este proceso considera dimensionar la brecha de prestaciones y su impacto en la necesidad de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y recursos financieros, además de considerar el análisis de la organización actual, respecto de la forma de producir prestaciones, gestión en base a análisis de datos y mejora continua de los procesos que sustentan el accionar general del hospital.

Además de lo anterior se debe tener presente que el contar con un Plan Estratégico, responde a una serie de requisitos, enunciados en los artículos 16 y 18 del D.S. N° 38, los que se verifican anualmente y permiten mantener la categoría de Establecimiento Autogestionado en Red, según instrumentos de evaluación definidos de manera conjunta por los Ministerios de Salud y Hacienda.



CAPITULO I

Metodologías utilizadas para la elaboración del plan estratégico.

Metodología del Balanced Scorecard (BSC). Generalidades:

El instrumento de evaluación para los Establecimientos Auto gestionados en Red (EAR), se basa en una herramienta de carácter estratégico, que 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. Este instrumento es el Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral, cuya metodología señala un camino organizado, para llevar a cabo, lo que ya se sabe que hay que hacer. El instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución. Dicho mapa contempla aquellos objetivos e indicadores, que permitirán medir la actuación del Establecimiento Auto gestionado en Red, desde cuatro perspectivas: Usuarios, Financiera, Procesos Internos y Aprendizaje y Desarrollo.

Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los Hospitales, persiguen comprobar si han alcanzado un nivel de madurez organizacional acorde a los desafíos que enfrenta. Vale decir, si en su conjunto la Institución ha desarrollado las capacidades adecuadas para implementar las estrategias que el sistema establece y lograr los objetivos organizacionales.

El BSC Ministerial para el año 2020, incorpora 37 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos estratégicos que un Establecimiento Hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

BSC	Tema Estratégico				Total general
	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Excelencia de la atención	
Usuarios	5	1	0	1	7
Financiera	0	2	0	0	2
Procesos Internos	2	5	1	3	11
Aprendizaje y Desarrollo	2	4	7	4	17
Total general	9	12	8	8	37

El marco conceptual anterior se compatibilizó con el análisis estratégico institucional.

Para que el desarrollo propio de la institución quede plasmado en la metodología de BSC del MINSAL, fue necesario vincular al Plan Estratégico, al Balanced Score Card institucional, como forma de dar respuesta al alineamiento estratégico Institucional. Se debe hacer notar que los indicadores definidos dan cuenta de todos los procesos críticos de un Establecimiento Hospitalario en términos estratégicos de: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica en Red y Excelencia de la Atención. De esta manera, el instrumento representa a la organización y cobra sentido para los actores involucrados, quienes podrán proponer y ejecutar iniciativas, en pos del logro de sus metas. Lo cual al ser cruzado con el FODA institucional nos entrega el siguiente cuadro:



BSC - HLS	Tema Estratégico			
Perspectiva	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de la atención
Usuarios	GESTION DE PACIENTES	EFICIENCIA HOSPITALARIA	CARTERA DE SERVICIOS	COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS
Financiera	ESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS		GESTION CLINICO FINANCIERA	ORGANIZACIÓN GENERAL
Procesos Internos	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	GESTION DE APOYOS CLINICOS	MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
Aprendizaje y Desarrollo		CULTURAL ORGANIZACIONAL	GESTION DEL CONOCIMIENTO *	GESTION DE LAS PERSONAS

Cuadro: Vínculo de la Planificación Estratégica al Balance Score Card institucional

Metodología para el desarrollo del Plan estratégico

En esta etapa la metodología ha seguido un Modelo Secuencial, que se compone de 4 fases. Las principales fases en las que se estructuran los trabajos se describen en la siguiente Tabla:

¿Dónde estamos?	¿Dónde queremos estar?	¿Cómo hacemos?	¿Cómo avanzamos?
Análisis	Base de partida	Contenido estratégico	Prospección
Evaluación estrategias actuales logros y déficit	Situación pasada presente y futura	Revisión de Visión y Misión	
Grupos de interés necesidades y demandada	Identificación de rutas y cuestiones estratégicas Polos de desarrollo	Definición de variables estratégicas	Análisis estructural – Procesos claves
FODA: Posición del hospital áreas críticas y brechas		Cuadro de mando Establecimiento sistema BSC	Objetivos, Plan de Acción

El proceso se desprende de los elementos Normativos exigidos por el Ministerio de Salud, en los ámbitos de Autogestión en Red, Auditoría de Autogestión, Calidad y Acreditación de Prestadores Institucionales. A partir de estas normativas, se establecen acciones destinadas a Planificar la elaboración del documento de Planificación Estratégica en base a lo requerido por las normativas antes mencionadas.

Para construir este documento el Departamento de Desarrollo Institucional y su equipo, convocó a un equipo de colaboradores, constituido por los Directivos del Hospital, para validar la actualización de las



variables estratégicas de la organización, quienes desde su visión realizaron un el análisis interno y analizaron los ejes estratégicos de desarrollo institucional.

La difusión del Plan Estratégico considera una etapa de difusión a través de Web Institucional, Plataforma SIS-Q y una segunda de presentación al personal del Hospital por Departamento, Sub Departamento y/o Unidad.



CAPITULO II

Marco Conceptual

El plan estratégico es una actividad administrativa que tiene como objetivo conducir el rumbo de la organización para conseguir su sostenibilidad, produciendo respuestas consistentes a las tres cuestiones fundamentales: ¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos llegar? ¿Cómo vamos a hacer para alcanzarlo? Es un proceso de dirección que gestiona, respecto a la formulación de objetivos, la selección de programas de acción y su ejecución, llevando el seguimiento de las condiciones internas y externas a la Institución para la evolución esperada.

También considera premisas básicas que la organización debe respetar para que todo el proceso tenga coherencia y sea sustentable. La elaboración de un Plan Estratégico engloba varios tópicos fundamentales: VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y FILOSOFÍA

Aplicación del Marco Conceptual

La aplicación del anterior marco conceptual en el Hospital San Juan de Dios de La Serena nos permite, actualizar y complementar lo requerido por el instrumento para la obtención y mantención de la categoría de Establecimiento Autogestionado en Red, del MINSAL, año 2020, lo que en su primera etapa nos da como resultado lo siguiente:

Misión

“Recuperar la salud de las personas con Calidad y eficiencia”.

(Hospital Público – Recuperar la Salud de las Personas – Tratar Bien – Oportuno).

Visión

“Ser un hospital reconocido por la excelencia de su gestión y valorado por su comunidad”.

(Prestador Seguro – Transparente – Mejora Continua – Competencias del Personal al Servicio del Usuario).

Valores y Filosofía

1. Un lugar donde la **confianza** facilite y enriquezca las relaciones entre nuestro equipo de salud y la comunidad.
2. Una institución al **servicio** de los usuarios, reconociendo su individualidad y su importancia en nuestro quehacer.
3. Una Institución de Salud que procura la **equidad** en las prestaciones que otorga a sus usuarios.
4. Un establecimiento que traduce la **probidad** en comportamientos individuales que distinguen a la institución.
5. Un hospital que asume su **responsabilidad social** con las personas, el entorno y el medio ambiente.



Análisis Externo

El análisis externo permite comprender las tendencias del medio en el cual se desenvuelve el establecimiento y que agrupadas en forma de oportunidad o amenaza orienta la definición de estrategias que potencien las oportunidades detectadas y neutralicen las amenazas detectadas.

OPORTUNIDADES O FACTORES FAVORABLES DEL ENTORNO	AMENAZAS O FACTORES DESFAVORABLES DEL ENTORNO
Existencia de un Marco Regulatorio que orienta lo que el MINSAL espera de los Hospitales Públicos, en términos de Organización, Calidad e Infraestructura.	Situación socioeconómica global y del país que dificulte la asignación y ejecución presupuestaria.
Proyecto de Normalización del Establecimiento con Presupuesto asignado para la primera etapa y segunda, con terreno para su implementación y evidencia de avances en el desarrollo de este proyecto. (CDT – NHLS)	Problemas estructurales que repercuten en la eficiencia de la red de servicios públicos, como dificultad en la Red de Traslado, déficit de oferta de especialistas, entre otros como la Imposibilidad de Crecimiento en las actuales instalaciones.
La Integración formal de la comunidad al Hospital a través del Consejo Consultivo y Voluntariados Acreditados por el establecimiento para proporcionar ayuda a los usuarios que lo requieran.	Resistencia al cambio del Modelo Hospitalario por parte de los Distintos Actores del Sistema.
El establecimiento cuenta con una imagen de hospital cercano y valorado por su comunidad.	Dificultad de la Comunidad para comprender la organización del hospital.
Posibilidad de posicionarse como referente en el medio por las características de los profesionales, tecnologías y la gestión utilizada en el establecimiento.	Movimiento de Médicos y Profesionales al Sistema Privado y Público por mejor entorno laboral.
Posibilidad, por la calidad de Establecimiento Auto gestionado en Red de aplicar sistemas de incentivos y flexibilizar la gestión de recursos.	Retrasos en los avances del proyecto de normalización del establecimiento.
Cambios en la forma de financiamiento de las prestaciones otorgadas por el Hospital.	Dificultad de adaptarse al Modelo de Gestión definido para los EAR por el MINSAL.



Análisis Interno FODA

El análisis interno de la Institución es la revisión crítica del conjunto de variables relevantes a nivel de gestión y de procesos, que le permita identificar las competencias necesarias para el logro de la visión, en torno a variables estratégicas como ejes de desarrollo.

CULTURA ORGANIZACIONAL	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal comprometido que trata bien a los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal con patrones de respuesta asociado al trabajo hospitalario tradicional. ✓ Déficit de Estrategias y liderazgo situacional y motivacional orientado al logro de metas organizacionales. ✓ Aceptación de los sistemas modernos de organización solo en la forma pero no en el fondo.

ESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospital de fácil acceso por su ubicación. ✓ Capacidad Instalada con margen de crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planta Física Obsoleta a la demanda de atención actual. ✓ Déficit en Programa de Mantenimiento de Edificio. ✓ Déficit en Programa de Control plagas en el edificio gestionado por área de operaciones. ✓ Programa de Prevención de Riesgos del Establecimiento, con dificultad en la adhesión del personal en la utilización de las medidas de prevención, situación evidenciada durante la Pandemia. ✓ Insuficiente Planificación del funcionamiento del Establecimiento en situación de Emergencias.

CARTERA DE SERVICIOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartera de Servicios del Establecimiento, concordada con la Red Asistencial y con mecanismos de acceso para la población definidos. ✓ Alta complejidad para el manejo de pacientes Críticos neonatal, Adulto y Coronario. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesidad de definir más precisamente el menú de prestaciones y los criterios de ingreso a los mismos desde los diferentes servicios del hospital. ✓ Cartera de servicios no considera un mecanismo de ajuste flexible para incorporar o sacar prestaciones en función de los recursos disponibles. ✓ Cartera de Servicios no definida, ni administrada por los Jefes de Área. ✓ Cartera de Servicios no asociada a modelo de atención general.



ORGANIZACIÓN GENERAL	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia del desarrollo de la calidad como eje de desarrollo institucional. ✓ Existencia de información generada por el Sistema SIS Q, que permite implementar indicadores de Gestión a nivel institucional. ✓ Estructura asesora de la Dirección establecida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El organigrama no responde a la realidad de la función organizacional. ✓ Falla en la coordinación con los otros integrantes de la Red Asistencial. ✓ Estructura organizacional no favorece el trabajo en equipo. ✓ Ausencia de Política Institucional para la actualización de las competencias del personal no consideran enfoque que favorezca su participación en el cambio del modelo de gestión. ✓ Proceso de Evaluación y Control de Gestión con despliegue parcial. ✓ Implementación de procesos a través de Gestión de Indicadores en forma parcial. ✓ Auditoria no utilizada como herramienta de mejora continua. ✓ Generación de Liderazgos no desarrollado en la Institución.

GESTION CLINICO FINANCIERA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Área con formación en el Sector Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presupuesto del establecimiento resultante de la programación de actividad asistencial no considera participación de los equipos clínicos. ✓ Proceso de recopilación único e integrado y formatos para levantar Propuesta de Presupuesto, no definido. ✓ Ausencia de Análisis de la Información de los costos por servicio en relación a costos reales. ✓ No cumplimiento del pago oportuno de proveedores. ✓ Ausencia de Política y Procedimientos para cobro y recuperación de ingresos propios. ✓ Mecanismos de control de la gestión financiera interna no implementado. ✓ Inventario no valorado. ✓ Indicadores de Gestión Financiera definidos parcialmente. ✓ Proceso de Gestión Financiera Contable no considera directrices asociadas a la implementación del nuevo Modelo de Gestión (balance score card). ✓ Proceso de Integración Costeo (winsig-GRD) Clínico Parcial.



GESTION DE LAS PERSONAS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporación de Profesionales a la Sub Dirección de Gestión de las Personas. ✓ Potenciación del Área de Relaciones Laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema heterogéneo de inducción y orientación de los funcionarios en función del nuevo modelo organizacional y descriptores de cargos elaborados parcialmente. ✓ Sistema de Monitorización de ausentismo laboral no desplegado por unidad. ✓ Evaluación del personal sin estándar operacional establecido. ✓ Enfoque de Capacitación no orientado al desarrollo de competencias duras o blandas requeridos para la implementación y/o desarrollo del modelo de atención del hospital. ✓ Sub Dirección de Gestión de las Personas con desarrollo parcial del proceso de gestión de competencias asociado al modelo de atención del hospital. ✓ Políticas de Gestión de RRHH (Contratos, Clima Laboral, Control de Jornada Laboral, Salud del Personal, Prevención de Riesgos, Jardín Infantil, Reconocimiento, Suplencias y Reemplazos, Horas Extraordinarias, Capacitación y Bienestar) no validadas a nivel institucional. ✓ Indicadores de Gestión de las Personas definidos parcialmente y sin evaluación de impacto.

GESTION DE APOYOS CLINICOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyos Clínicos de Alta Complejidad en la Red Asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestión de Procesos de Apoyo no orientados a los Servicios de Atención de Pacientes y sin medición de oportunidad de entrega de servicios. ✓ Desarrollo inorgánico de las unidades de apoyo en relación a los requerimientos de unidades críticas y básicas. ✓ Baja participación de los responsables de los Servicios de Apoyo en la Gestión de los Pacientes. ✓ Servicio de Apoyo Farmacia muestra dificultad para cumplir con demanda de usuarios ambulatorios. ✓ Coordinación deficiente con unidades de atención de pacientes. ✓ Gestión de Unidades de Apoyo no incorporan indicadores de producción, calidad y de administración.



CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Departamento de Calidad implementado y validado en la Institución. ✓ Existencia de un Modelo de Gestión adaptado desde el Sistema de Acreditación de Prestadores y Excelencia Hospitalaria. ✓ Existencia de Herramienta Informática de Apoyo a la Gestión de Calidad. ✓ Hospital Acreditado desde el año 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déficit en la Protocolización de la Atención Médica. ✓ Proceso de Calidad no asociado a modelo de atención de la institución. ✓ Proceso de Gestión Documental asociado a calidad no extendido hacia las unidades de apoyo. ✓ Orientación hacia sistema de acreditación que no incluye la calidad de áreas administrativas y de apoyo logístico.

GESTION DE PACIENTES	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Categorización de Pacientes por Riesgo Dependencia implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de gestión de pacientes no definido formalmente en la institución. ✓ Sistema para establecer Listas de Esperas y determinar demanda, no optimizado. ✓ Equipos Clínicos no monitorean oportunidad de la entrega de prestaciones. ✓ Atención Progresiva de Pacientes no Implementada. ✓ Alta tasa de pacientes que abandonan atención de urgencia. ✓ Sistemas de Registros dificultan la gestión oportuna de la atención. ✓ Administración de recursos asignados a la atención ambulatorio no optimizado. ✓ Flujo de derivación de pacientes conocido parcialmente por parte del personal médico. ✓ Pérdida de la Continuidad de la Atención y deficiente comunicación entre niveles de la Red. ✓ La gestión de Pacientes no evalúa re procesos y no está conectada a la gestión clínica del Hospital.



GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesionalización de las diferentes áreas que componen apoyos logísticos y TICS, principalmente en las áreas Mantención de Edificio, Mantención de Equipos Clínicos, Suministros, TICS y área de Compras, que incorporó equipos multidisciplinares. ✓ Creación de la Sub Dirección de Operaciones y existencia de Norma Ministerial que la respalda. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de Proveedores Críticos no desarrollada. ✓ Compras del establecimiento se realizan parcialmente en torno a un Plan de Compras Anual. ✓ Normativas para la trazabilidad de la cadena de abastecimiento parcialmente desarrollado. ✓ Hospital carece de sistema HIS y ERP que facilite la gestión del mismo. ✓ Gestión de apoyos logísticos no vinculados a la planificación de los procesos de atención de forma clara y alineada. ✓ Gestión de Residuos con centralización hacia el área de RRHH. ✓ Evaluación de los procesos logístico no considera de evaluación de Chile Compras e indicadores de gestión interna.

COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existencia de Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias que permite una relación más fluida con la opinión Usuaría. ✓ Proceso de Participación Usuaría Organizado en el Hospital a través del Consultivo de Usuarios y Comité de Satisfacción Usuaría. ✓ Estrategia Hospital Amigo desplegada en el Establecimiento. ✓ Proceso de Comunicación y Plan de Gestión de Medios Implementado y desplegado a través de web y redes sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para cumplir la oportunidad de respuesta a los usuarios que reclaman (15 días). ✓ Usuarios definen a través de reclamos y encuestas de satisfacción que se debe mejorar procedimientos administrativos y trato del personal que atiende pacientes. ✓ Proceso de Gestión de la Satisfacción Usuaría, definido parcialmente y no desplegado a las unidades de clínicas y administrativas del establecimiento.



GESTION DEL CONOCIMIENTO	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existen elementos básicos para incorporar la gestión del conocimiento en el Establecimiento. (competencias de especialistas, plan de capacitación, reuniones clínicas, formatos para protocolos, entre otros). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se evidencia desarrollo parcial de Protocolos Clínicos de Atención en torno a la Cartera de Servicios Definida. ✓ Se evidencia desarrollo parcial de instancias de análisis clínico con énfasis en la mejora continua de prácticas e intervenciones. ✓ La organización no gestiona armónicamente el conocimiento de sus integrantes. ✓ Existe incorporación parcial de la MBE en la práctica diaria del trabajo. ✓ Prácticas de Gestión del Cuidado con estandarización y evaluación parcial sin vinculación a la mejora continua. ✓ Programa de Capacitación Institucional posee énfasis en lo externo por sobre lo interno.

EFICIENCIA HOSPITALARIA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El Establecimiento cuenta con los flujos de información asociado a los procesos principales del Establecimiento. ✓ El Hospital cuenta con sistema de costos implementado y validado por MINSAL desde el año 2012. ✓ El Departamento de Desarrollo Institucional, monitoriza los indicadores asociados a la eficiencia hospitalaria desde el año 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicadores asociados a eficiencia hospitalaria, con despliegue parcial a las unidades de atención del Hospital. ✓ Modelo de Gestión del Establecimiento no actualizado. ✓ BSC del hospital no desplegado a la unidades clínicas y administrativas. ✓ Responsabilidades asociadas a eficiencia hospitalaria no establecidos. ✓ Formación de los Jefes de Unidad en Eficiencia Hospitalaria, no priorizada.



Políticas en las cuales se sustenta el Plan Estratégico del Hospital de la Serena:

La definición de una política hospitalaria debe sortear dos aspectos fundamentales, las necesidades de una población demandante y la disponibilidad de recursos. La brecha entre demanda y recursos da origen a la preparación de los recursos para atenuar los efectos derivados de una demanda insatisfecha o en el retardo de su atención. El Hospital San Juan de Dios de la Serena, es un establecimiento Autogestionado de la Red Asistencial del Servicio de Salud de Coquimbo y tiene niveles de indicadores de utilización de recursos (camas, pabellones y otros) considerados muy altos y, una infraestructura y equipamientos en algunos casos precarios. A la luz de la puesta en marcha del nuevo Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital, la Planificación Estratégica deberá direccionar su visión teniendo presente esta situación y proyectar un escenario que considere esta nueva infraestructura, y los niveles de eficiencia adecuado en estas condiciones. Bajo el concepto general de un Plan Estratégico de mediano plazo, los caminos a recorrer se enmarcarán en un conjunto de procesos que den respuesta satisfactoria a los requerimientos de la normativa vigente y en forma específica a la condición de Hospital Autogestionado en Red. Ante esta perspectiva el compromiso es ir perfeccionando los procesos internos para lograr el máximo de eficiencia en el consumo de los recursos. El punto anterior, apunta a mantener en lo posible los equilibrios financieros necesarios con ajuste a los presupuestos, sin olvidar que el centro del accionar hospitalario es el paciente, debiendo para ello los funcionarios conocer y aplicar todos los procedimientos que la institución defina en pro de proporcionar prestaciones seguras y cumplir con la ley en lo que a transparencia y probidad se refiere.

En el ámbito de la Infraestructura el Hospital La Serena, mantendrá la funcionalidad de la señalética, de acuerdo a los requisitos contenidos en la normativa vigente en Chile y de acuerdo a los estándares establecidos en el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud y los Requisitos de las Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria, debiendo delimitar los accesos de los sectores de hospitalización de los sectores de atención ambulatoria, adoptando para ello mecanismos de control, seguridad y de educación a la comunidad sobre el uso de las dependencias del establecimiento, manteniendo si corresponde lo desplegado durante la Pandemia, si correspondiera.

En el mismo sentido el Hospital, mantendrá informado al usuario sobre los procesos de atención, acceso a servicios higiénicos y otros. Todas las áreas de hospitalizados contarán con sistema de control de visitas institucional e información al usuario y familiares. La población será informada sobre categorización de pacientes en la Atención de Urgencia.

El Hospital define desarrollar la incorporación de nuevas prestaciones y procesos asistenciales mediante la definición de proyectos de implementación de polos de desarrollo que alberguen familias de procesos debidamente protocolizados y valorizados. El recurso humano del hospital, deberá desarrollar al máximo sus capacidades, debiendo el Hospital ejecutar acciones tendientes a mantener un clima laboral adecuado y tender a un perfeccionamiento continuo, que le permita proporcionar una atención humanizada y de calidad, de tal manera que el paciente perciba que él es el centro del sistema de salud. El enfoque del funcionario como motor de desarrollo, es contar con un trabajador de la salud, comprometido, capacitado, eficiente y empoderado en su área de trabajo.

Durante el período de vigencia del presente Plan Estratégico, el Hospital de La Serena, enfrentará las acciones de salud encaminado a no discriminar por aspectos jurídicos o económicos la necesidad de la demanda, sin perjuicio de observar las garantías ciudadanas y los escenarios económicos.



En el plano de la modernización de la gestión del hospital, el establecimiento, seguirá desarrollando este modelo, instrumentalizado en su gestión y control por los sistemas PERC y GRD, manteniendo un control estricto en los indicadores del BSC institucional.

Política y plan de acción de Recursos Humanos.

La política General de Recursos Humanos del Hospital San Juan de Dios de La Serena, establece que las personas que trabajen en el establecimiento, son el principal activo que posee la Institución, para lo cual adoptará las medidas, para el cumplimiento de esta política.

En relación a los lineamientos estratégicos a desarrollar para contar con recursos humanos capaces de responder a los requerimientos de los procesos asistenciales y administrativos del establecimiento se definen las siguientes políticas de recursos humanos:

La función de desarrollo de las personas de la institución será responsabilidad de la Sub Dirección de Gestión de las Personas, el cual deberá definir la estructura necesaria para desarrollar las políticas asociadas a las personas y el plan de acción para su implementación, debiendo implementar los registros necesarios y otros requeridos por la legislación, que le permitan evidenciar la gestión realizada.

En relación al Reclutamiento y Selección de Personal. El proceso de selección de personal se efectuará sobre la base de criterios objetivos, transparentes e informados considerando procedimientos validados de evaluación técnica que provean cargos según perfiles de competencia efectivamente deseados. Se desarrollarán programas de inducción para el personal que ingrese al establecimiento, tanto en lo relativo a sus derechos, deberes y tareas del cargo, como en lo atinente a los objetivos, principios, normas, procedimientos y cultura que caracteriza el accionar de la Institución.

El desarrollo de las personas que trabajan en el Hospital de La Serena, se basará en la Gestión de Competencias definidos en los perfiles para el cargo por los responsables de las unidades operacionales del hospital, y administrado por la Sub Dirección de Gestión de las Personas en los ámbitos de Capacitación, Prevención de Riesgos, Salud Ocupacional y Psicología Laboral. Además de lo anterior se ejecutará un programa de evaluación de desempeño que incorpore paulatinamente, lo definido en torno a los perfiles de cargo, así como evaluaciones en 360 permitiendo el reconocimiento institucional al buen desempeño funcionario, mediante la generación de un instrumento capaz de diferenciar los resultados del trabajo, mejorar el desempeño, dignificar la función pública y ampliar los espacios de participación.

La Política de Capacitación del Personal considerará la definición anual de un Programa de Capacitación que considere las capacitaciones definidas en el PAC, Programa Extra PAC y otras gestiones asociadas a mejorar las competencias del personal del Hospital. El programa de capacitación se elaborará a partir de las brechas detectadas en función de los perfiles de cargos definidos, de las propuestas de capacitación de las unidades y servicios del hospital en virtud de las evaluaciones del desempeño del personal a cargo del Jefe de Unidad o Servicio y de las exigencias de la regulación vigente.

La Sub Dirección de Gestión de las Personas, administrará los recursos asignados a *bienestar del personal*, y desarrollará programas que aborden aspectos del ámbito laboral, económico, cultural, recreativo, social y familiar de los funcionarios. Asimismo, considera la atención *de salud para funcionarios*, para lo cual el Hospital mantendrá un sistema de atención de salud para los funcionarios el que contemplará programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, adecuando según criterios epidemiológicos,



económicos y demográficos, los actuales policlínicos de atención médica, odontológica, salud mental y enfermería. En lo referido al *clima laboral* y el *ambiente de trabajo*, se gestionará a través de la definición de Planes de Mejora del Clima Laboral, enmarcado en diagnóstico y desarrollo de una organización que gestiona el conocimiento de sus miembros.

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

Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.

La Política de Satisfacción Usuaria del Hospital San Juan de Dios de La Serena, es satisfacer las expectativas de sus usuarios, evaluando continuamente los estándares de satisfacción establecidos por la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, a la vez de incorporar acciones de mejora en función de los resultados obtenidos y análisis de la información que es recepcionada por la Institución de parte de sus usuarios. En relación a lo anterior se mantendrán las actividades relacionadas con la Medición de la Percepción de la calidad de atención otorgada a través de encuestas de satisfacción usuaria, se analizará y difundirá internamente, en forma periódica, la información proporcionada por los usuarios, generación de acciones de mejora en función de la información analizada y difusión a la Comunidad a través del Consultivo de Usuarios de los resultados obtenidos y mejoras realizadas.

Política de Calidad y Seguridad del Paciente.

La Política de la Calidad y Seguridad del Pacientes, estará a cargo del Departamento de Calidad, Seguridad del Pacientes e IAAS del Hospital, la cual deberá definir acciones tendientes a mantener la Calidad de Prestador Institucional Acreditado y desarrollo de un modelo de calidad basado en el Modelo Malcolm Baldrige para instituciones de salud, debiendo en todos los casos establecer estrategias que permitan alcanzar dicho estándar además de desarrollar los requerimientos definidos en la regulación vigente.

Como política explícita de calidad y seguridad del paciente, el Hospital de La Serena ha establecido una los siguientes lineamientos con el compromiso de cumplir con la regulación vigente e identificar y cumplir los requisitos de los usuarios, a los que ofrece su cartera de servicios de salud, brindando un nivel de excelencia en cuanto a:

- Desarrollo de acciones tendientes a incorporar la mejora continua de procesos asistenciales y de la infraestructura necesaria, en base a la gestión de estándares e indicadores de calidad definidos por nuestra institución, acorde a la regulación vigente y evidencia científica existente.
- Introducción de mejoras que se traduzcan en una práctica clínica más segura, tanto para los pacientes como para los funcionarios que trabajan en el establecimiento.
- Implementación de evaluaciones periódicas de la satisfacción de nuestros usuarios con incorporación de los resultados obtenidos en planes de mejora de la satisfacción de los mismos.



- Estimular la participación de nuestros funcionarios en actividades de capacitación, evaluación y mejora que permitan que cada persona sea responsable directo de la calidad de su trabajo y contribuir al logro de la misión institucional.
- Desarrollo de un plan comunicacional que transparente a toda la organización y comunidad cuando sea necesario, las acciones que se realizan, para gestionar la calidad en el Establecimiento.

Plan de Gestión Clínica y Administrativa.

El Hospital La Serena se organiza por Subdirecciones y Departamentos que administran los diferentes procesos del establecimiento para brindar los servicios establecidos por el gestor de red y requeridos por los usuarios. La gestión del Hospital se basa en la estandarización de procesos clínicos y de apoyo, a través de la definición de mecanismos de coordinación de las sub dirección y/o departamentos, y de incorporación de metodologías para el seguimiento y evaluación de niveles de producción, eficiencia y calidad de las prestaciones brindadas. En relación a lo anterior la institución desarrollará acciones para lograr la incorporación del modelo de gestión de cuidados progresivos, profundización de la gestión centralizada de camas y la utilización adecuada de los recursos.

La política de gestión clínica que abordará el Hospital en el período 2020 – 2023, en los distintos ámbitos sustenta el plan de acción estratégico elaborado, en cual define que las actividades realizadas en el Hospital San Juan de Dios de La Serena, obedecerán a la planificación anual de acuerdo a cartera de servicios, presupuesto, Listas de Esperas GES y No GES y orientaciones del Gestor de Red, siendo labor de las Subdirecciones Médica y Sub Dirección del Cuidado, el administrar los recursos para lograr el cumplimiento de la programación realizada.

En relación a la optimización de los recursos es necesario mencionar que la distribución de las horas médicas estará orientada hacia la satisfacción de la demanda asistencial y a asegurar que los pacientes hospitalizados que cumplan los criterios de ingreso establecidos, debiendo realizarse el ingreso al área de hospitalización a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena, realizará sus acciones médicas en función de Protocolos Médicos de Referencia y Contra Referencia para todas las especialidades las que serán difundidas, aplicadas, evaluadas y controladas por los Equipos Clínicos de la Institución.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena, adoptará los mecanismos para establecer la Programación de Actividades de todas las unidades de apoyo clínico, y logístico a fin de optimizar la gestión de las mismas en torno a los requerimientos de las Unidades que atienden directamente pacientes.

En relación a la actividad docente, está se debe realizar en torno a normas establecidas por la Institución por medio de convenios docentes asistenciales, estableciendo en todo momento el compromiso de los alumnos con la seguridad de los pacientes y que siempre predomine lo asistencial por sobre lo docente definiéndose que el hospital, en todo momento es Asistencial Docente y no Docente Asistencial.

Las Políticas de la Gestión de los Procesos Clínicos, se perfilan básicamente sobre una necesidad de la población y un desarrollo proyectado de la oferta para dar satisfacción a esa demanda. Sin embargo, la presencia de un servicio de Emergencia, abre las puertas a todo tipo de patologías, con un alto predominio



de la mediana y baja complejidad, por lo cual deberá privilegiar la oportunidad, la resolutivez, la calidad y la calidez de la atención.

El tema central de las Políticas Asistenciales se sustenta en tres grandes pilares, un recurso humano calificado, disponibilidad de recursos de apoyo, y transversalmente un accionar con calidad, eficiencia y oportunidad. Se dará un especial enfoque hacia la definición de procesos asistenciales en red, gestionados por Sub Departamentos Clínicos, liderados por profesionales de la salud.

La medicina basada en evidencia, el uso de protocolos y estándares, deben tener una masiva utilización, para la mejoría de la calidad y la eficiencia en el uso de recursos. El paciente deberá percibir que es él, el motivo de existencia del Hospital y por ello privilegiaremos acciones de resguardo de la calidad y de la oportunidad de las atenciones, tanto en los productos finales como de apoyo.

Se implementarán mecanismos para realizar y asegurar que la asignación presupuestaria a los centros de costos se efectúe de acuerdo al marco presupuestario autorizado en el plan de producción institucional financiado principalmente por FONASA.

Se definirán procedimientos para la definición, ejecución y control de presupuestos por áreas que permitan alcanzar el equilibrio presupuestario requerido para un hospital Autogestionado en Red, en virtud de la administración delegada en los encargados de dichas áreas.

El Establecimiento ha de definir un procedimiento de excepción para las solicitudes de recursos extraordinarios sin presupuesto, para adquisiciones de fármacos e insumos no habituales, por incremento de demanda, por emergencia sanitaria, incorporación de prestaciones en la cartera de servicios, y otras calificadas por el Encargado de Área de Atención y Jefe de Unidad si corresponde.

La gestión de la información necesaria para las decisiones del equipo directivo y encargados de áreas de atención será realizada por el Departamento de Desarrollo Institucional, de manera de contar con información que sustente la evaluación de los procesos de atención de pacientes, apoyos logísticos y clínicos incorporando nuevas metodologías que favorezcan la innovación y la gestión del conocimiento propio de la incorporación de la Medicina Basada en la evidencia.

Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y otros Ingresos.

En este ámbito el área de Gestión Financiera deberá propiciar una mejora en la gestión operativa, de manera de generar las condiciones que faciliten la implementación de procedimientos para recaudación, cobranza y control de los ingresos de operación y otros ingresos generados por la institución a través de la atención de pacientes en modalidad de libre elección y otros ingresos generados del otorgamiento de prestaciones a otros prestadores en convenio o planes o programas financiados por FONASA.

En el caso de los programas especiales financiados por FONASA, se definirán convenios con prestadores para la realización de dichos programas cuyo control de ejecución será realizado por los jefes de área asociados a las prestaciones descritas en los convenios.

El Establecimiento mantendrá el desarrollo de prestaciones a pacientes privados, sin descuidar la resolución de la atención institucional, para incrementar los ingresos propios y con ellos subsidiar parte de posibles



déficit presupuestarios; todo ello regulado por las disponibilidades de la oferta y el comportamiento de la oportunidad de la atención.

El Hospital incorporará en los sistemas de recaudación de ingresos, nuevas modalidades de pago a objeto de aumentar el índice de recuperación de cuentas por cobrar.

Plan de Actividades de Auditoría interna

El Hospital San Juan de Dios de La Serena considera, el proceso de auditoría como una oportunidad de aprendizaje y mejora continua en sus distintos procesos, otorgando a través de la fiscalización asesoría y apoyo a la Alta Dirección. Entre sus objetivos destaca materializar la función de control y evaluación de las actividades hospitalarias, permitiendo ejecutar las medidas correctivas en pro del cumplimiento de la normativa legal vigente y de una variada gama de procedimientos establecidos en los ámbitos asistencial, administrativo y financiero contable, insertas en el marco de las directrices, políticas y normas impartidas tanto desde el Nivel Central como del Gestor de Red. Para esto, las esferas temáticas se concentran en los lineamientos comunicados por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), tendientes a velar porque la provisión de bienes públicos se realice de manera eficaz y eficiente, con el debido resguardo de los recursos públicos y con pleno respeto a las normas legales y administrativas que protegen la integridad y transparencia de la función pública. Asimismo, Cumplimiento de los Objetivos Gubernamentales que año a año son definidos por el Consejo de Auditoría Interna General del MINSAL. Política de Gestión de Riesgos basada principalmente en el marco de los lineamientos en materia de Auditoría Interna propiciados e impulsados por la Presidencia de la República. Además, cuenta con un Plan anual de Auditoría de carácter preventivo que programa las Auditorías a lo menos una vez al año, incluyendo la gestión clínica, administrativa, financiera y presupuestaria. Este plan considera la Capacitación permanente en materias de Auditoría para los profesionales que pertenecen a la Unidad. En el desarrollo de sus acciones y actividades, la unidad de Auditoría debe observar especialmente, el principio de independencia en su actuar, es decir, cumplir con sus responsabilidades, en forma imparcial y libre de presiones de cualquier tipo. De este modo, se deberá procurar que la actividad de auditoría se encuentre libre de injerencias indebidas al determinar el alcance de las auditorías internas, al desempeñar su trabajo y al comunicar sus resultados.

La función de Auditoría se realizará en torno a los siguientes principios:

Objetividad: La objetividad estaría consagrada al impedir que el prejuicio, las ideas preconcebidas, dogmas o la influencia de terceros, se interpongan en su trabajo.

Imparcialidad: Entendida como respetar el principio de probidad consagrado en la legislación, tanto en la substanciación del procedimiento, como en las decisiones que adopte. Los hechos y fundamentos de derecho deberán siempre expresarse en aquellos actos que afectaren los derechos de los particulares, sea que los limiten, restrinjan, prive de ellos, perturben o amenacen su legítimo ejercicio.

Confidencialidad: El auditor deberá respetar la confidencialidad de la información obtenida en el curso de su trabajo profesional y no deberá utilizar dicha información o revelarla sin expresa autorización, salvo que exista derecho u obligación legal o profesional de divulgarla. La confidencialidad tiene una especial relevancia en el área asistencial, dado que la principal fuente de datos es la ficha clínica del paciente, la cual constituye un documento de carácter legal. Con todo, el auditor deberá proporcionar en forma oportuna



la información que requiera el Servicio de Salud, el Ministerio de Salud y el Consejo de Auditoría Interna general de Gobierno.

Probidad: Consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general por sobre el interés particular. La política de abstención afecta a los funcionarios que desempeñen la labor de auditoría por la cual deben abstenerse de conocer de los asuntos en los cuales concurren las circunstancias descritas en el artículo 12, de la Ley Nº 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de la Administración Pública. En general el auditor debe procurar el cuidado profesional, la veracidad de la información proporcionada y la reserva de las materias conocidas y de los documentos utilizados, promoviendo la ética y los valores apropiados para el correcto desempeño funcionario dentro de la organización. Los integrantes de la Unidad deben conocer la normativa técnica/legal que afecta el funcionamiento de los distintos procesos necesarios para que la organización realice sus actividades y como tal, el trabajo de la Unidad de Auditoría, se encuentre orientada a enmarcar el funcionamiento de la institución a la observancia de dichos procesos, normas y disposiciones establecidos formalmente por la auditoría competente. En ningún caso la unidad podrá observar en su actuar un comportamiento indiferente a las transgresiones o inobservancia de los procesos y normas establecidas. En resumen, la Política de Auditoría del Hospital San Juan de Dios de La Serena es sostener un proceso de monitorización sistemático y preventivo del patrimonio del establecimiento, a objeto de aportar información, análisis, recomendaciones y asegurar el cumplimiento de las leyes, normas y disposiciones vigentes en el ámbito asistencial, administrativo y financiero contable; en el marco de las directrices, políticas del nivel central del gestor de red, que facilite la evaluación y mejore la eficacia de los procesos de gestión, como complemento y apoyo a la labor gerencial, contribuyendo al cumplimiento de la misión y visión de la organización.

Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena establece, un sistema de control de gestión de la institución, basado en las herramientas del Cuadro de Mando Integral que permite la toma de decisiones oportuna, a fin de adaptarse frente a los cambios del entorno y detectar las desviaciones del Plan Estratégico, garantizando con esto, que los resultados de las estrategias, objetivos, políticas y planes de acción se ajusten al Plan Estratégico del Establecimiento. Así la Planificación y Control de gestión es periódica y sistemática incorporando en todos los niveles de la organización el cumplimiento de compromisos adquiridos y mantención de requisitos exigidos para los establecimientos Autogestionados en Red.

Para hacer operativa esta política se llevan a cabo las siguientes acciones: definición de procedimientos, que permitan establecer un plan anual de actividades en términos de Producción, Planificación Estratégica, Satisfacción Usuaría, Gestión Clínica, Gestión de Cuidados, Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, Gestión de las Personas y Gestión de Presupuesto y Equipamiento por Área funcional, que se oficializará a través de convenios de gestión por Servicios y/o Unidades, que será monitorizado a través de indicadores en Sistema SIS Q de Hospital.

En caso de observarse desviaciones en torno a las metas establecidas en los convenios, el Servicio y/o Unidad, deberá ejecutar acciones correctivas que permitan alcanzar los desempeños esperados para las unidades y servicios en los términos antes mencionado.



En función de las evaluaciones realizadas los equipos de gestión podrán postular a reconocimientos e incentivos que la Dirección del Establecimiento pudiese definir en función de las facultades que la ley le confiere al Director de un Hospital Autogestionado en Red.

El Sistema de Control de Gestión es el instrumento sensor de la Planificación, que da cuenta, a distintos niveles, de las desviaciones de objetivos, metas, y procesos, para promover los ajustes necesarios en las posibles desviaciones. Sin este instrumento, el plan es inverificable.

Por ello, Control de Gestión no solo forma parte de una unidad central, sino que deberá relacionarse en forma funcional con cada Servicio y/o Unidad, proporcionando al encargado del centro la retroalimentación necesaria para mejorar el desempeño de las unidades que conforman el centro.

El Sistema de Control de Gestión, permitirá también incorporar al sistema de evaluación de las jefaturas del establecimiento, criterios objetivos de la evaluación del desempeño de los mismos.

Política de los Recursos Físicos e Inversiones

El Hospital San Juan de Dios de La Serena, deberá focalizar los esfuerzos en inversiones en función de la seguridad de los pacientes y personal que otorgan las prestaciones de salud.

En función de lo anterior se definirán proyectos de mejora de infraestructura y equipamiento necesario para cumplir con lo requerido por las Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria y Acreditación de Prestadores, de manera de potenciar y mantener la meta de ser un Prestador Seguro.

La mantención del equipamiento crítico clínico estará a cargo de la Unidad de Equipos Médicos, unidad que tendrá la función de optimizar la vida útil y disponibilidad de los equipos considerados críticos por la institución. La adquisición de equipamiento crítico deberá considerar la revisión de los requisitos de equipamiento por parte del encargado de mantención de equipamiento crítico y validado por los usuarios de los mismos, situación que también se extenderá al equipamiento de unidades de apoyos.

La Institución incorpora la gestión de inversiones desde la etapa de detección de las necesidades de inversión de los servicios usuarios, catastros de existencia de equipamiento médico, industrial, de infraestructura e instalaciones para luego incorporar en los planes de reposición, mantención, adquisición o comodato, elaborando proyectos de inversión para ser presentados a distintas fuentes de financiamiento: Sectorial, Regional, Recursos Propios, por períodos presupuestarios dependiendo de los recursos disponibles y de los marcos presupuestarios del Ministerio de Salud, Gobierno Regional, o Inversión autónoma del Establecimiento. El Establecimiento prioriza, los requerimientos de inversión bajo los siguientes parámetros: Inversión requerida para dar cumplimiento a las normas técnicas básicas de calidad y seguridad del paciente. Inversión requerida para dar cumplimiento a la Ley GES. Inversión requerida para dar continuidad al proceso productivo del establecimiento. Inversión para implementar proyectos de desarrollo de la red asistencial.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena, optimizará la capacidad de oferta de prestaciones manteniendo en operación el equipamiento médico e industrial del establecimiento, incorporando tecnología que mejore los rendimientos, se desarrollen nuevas técnicas que permitan la realización de nuevas prestaciones y/o se mantenga el nivel de producción con la renovación. Asimismo mantendrá información actualizada respecto a la infraestructura e instalaciones relevantes de la institución con el propósito de minimizar los riesgos



sanitarios y garantizar las condiciones de operación segura para los pacientes y el personal de acuerdo a los requerimientos establecidos en los estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Salud y los requisitos de las Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria. El Hospital San Juan de Dios de La Serena contará con programas de mantenimiento preventivo de la infraestructura hospitalaria de acuerdo a los requisitos exigidos por el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, priorizando la mantención preventiva de las techumbres de tal manera de evitar la existencia en sus techos de estilo colonial, la presencia de nidos o palomares, asimismo las instalaciones para mitigar incendios (redes secas, húmedas y extintores) y las instalaciones y recintos de accesibilidad general que permitan garantizar la operación y circulación segura de los usuarios, público y el personal.

El Hospital San Juan de Dios de La Serena incorpora en la gestión de recursos físicos la reposición, mantención y adquisición de equipos, tecnología, infraestructura, seguridad industrial, considerando el resguardo del cuidado del medio ambiente a través, de planes y programas de gestión que posibilite la continuidad y seguridad en el funcionamiento de acuerdo a los estándares, normativas y presupuestos establecidos. Lo anterior, se desarrolla a través de:

- Programas de mantenimiento preventivo anual como herramientas de gestión, tanto para Infraestructura, equipos de apoyo industrial y equipos médicos.
- Catastros actualizados de equipos médicos, industriales, y levantamiento diagnóstico de la infraestructura e instalaciones, para la programación de las mantenciones, reparaciones y/o reposiciones.
- Gestión del gasto en manutención de los servicios y unidades, respecto al presupuesto asignado anualmente, por programa de mantenimiento. Cuarto, control y ejecución de compra de servicios respecto a lo programado en el plan de mantenimiento.

Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria.

Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, se apoya en sistemas de información, tales como SIGFE, PERC, SAM y planillas electrónicas que permitan el seguimiento de la Gestión Financiera Contable y Presupuestaria en base a indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero, así como del pago oportuno a proveedores y otros aspectos contemplados y exigidos por la Ley de Presupuestos vigente.

La Política de la gestión financiera apunta necesariamente a propender en llevar un equilibrio entre gastos e ingresos devengados a objeto de mantener los equilibrios financieros.

El hospital deberá llevar un eficiente sistema de costos que dé cuenta de gastos por Centro de Responsabilidad y, de costos y consumos de sus productos finales e intermedios. Ello servirá además para que la cartera de servicios y productos tenga una fácil valorización y, a la vez, conocer las brechas entre los costos de producción y los precios de transferencia. Contará con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.



Se deberán definir los procedimientos que sean necesarios a fin de evidenciar las actividades, mecanismos de control e informes financieros contables que evidencien que la institución realiza una Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, y adopta medidas correctivas cuando sea pertinente.

El desarrollo de esta política será responsabilidad de la Sub Dirección de Gestión Administrativa del Hospital.



Análisis Estratégico

El análisis estratégico es la resultante de la revisión crítica del conjunto de variables relevantes a considerar para que la Institución pueda cumplir la misión definida y alcanzar un nivel de organización a nivel de gestión y de procesos que le permita identificar las competencias necesarias para alcanzar la visión.

Para realizar lo indicado en el párrafo anterior, se vinculó a la Planificación Estratégica, al Balance Score Card institucional, el que se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro: Vínculo de la Planificación Estratégica al Balance Score Card institucional

BSC - HLS	Tema Estratégico			
Perspectiva	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Asistencial en Red	Excelencia de la atención
Usuarios	CARTERA DE SERVICIOS	EFICIENCIA HOSPITALARIA	GESTION DE PACIENTES	COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS
Financiera	ESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS		GESTION CLINICO FINANCIERA	ORGANIZACIÓN GENERAL
Procesos Internos	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	GESTION DE APOYOS CLINICOS	GESTION ASISTENCIAL DOCENTE	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
Aprendizaje y Desarrollo		CULTURAL ORGANIZACIONAL	GESTION DEL CONOCIMIENTO *	GESTION DE LAS PERSONAS

Presentación de las variables del análisis interno

Las variables sobre las cuales se realizó el análisis interno se describen a continuación:

1. GESTION DE PACIENTES (GP)

Considera como los usuarios acceden a los servicios que el hospital proporciona y como son gestionadas las prestaciones a pacientes ambulatorios, hospitalizados, quirúrgicos, de urgencias y privados.

2. ESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS (ERF)

Evalúa la planta física del hospital y si se adapta a las necesidades de las prestaciones realizadas en ella.



3. GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS (GALTICS)

Se relaciona en como fluyen los procesos de apoyo logístico relacionados con lavandería, esterilización, equipos clínicos, equipos de unidades de apoyo, movilización, admisión e informática y como dan soporte a los sistemas de atención de pacientes.

4. ORGANIZACIÓN GENERAL (OG)

Considera como la organización del hospital se estructura para alcanzar los objetivos y metas institucionales.

5. GESTION DE APOYOS CLINICOS (GAC)

Esta variable evalúa como los procesos de apoyo clínico le dan soporte a las diferentes unidades que atienden pacientes en torno a la cartera de servicios definida y requerimientos definidos por los protocolos clínicos vigentes en el establecimiento.

6. CULTURAL ORGANIZACIONAL (CO)

Se refiere al conjunto de creencias, costumbres, mitos, códigos explícitos o implícitos, propios de la organización.

7. CARTERA DE SERVICIOS (CS)

Se refiere a los servicios que el hospital proporciona a sus usuarios y a la Red Asistencial en la que se inserta.

8. GESTION CLINICO FINANCIERA (GCF)

Considera como la gestión de las finanzas del hospital se realiza a partir de las definiciones clínicas del establecimiento vinculado a su sistema de costeo.

9. COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS (CRU)

Considera los aspectos relacionados con la información, comunicación y forma de relacionarse con los clientes/usuarios del hospital.

10. GESTION DEL CONOCIMIENTO (GCO)

Evalúa como la organización es capaz de capitalizar el conocimiento de sus miembros y generados por la organización para mejora continua de sus procesos clínico asistenciales.



11. GESTION DE LAS PERSONAS (GPE)

Considera como la organización mejora las competencias de sus funcionarios y realiza acciones destinadas a generar un clima laboral adecuado a las necesidades de la organización.

12. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (CSE)

Variable relacionada con el modelo de gestión de calidad definida por el establecimiento: Malcolm Baldrige.

13. GESTION ASISTENCIAL DOCENTE (GAD)

Considera los elementos relacionados con la Actividad Docente desarrollada al interior del Hospital.

14. EFICIENCIA HOSPITALARIA (EH)

Considera los criterios y/o elementos que inciden directa o indirectamente en el uso adecuado de los recursos con que cuenta el hospital, asignados a la atención de pacientes.

Análisis Estructural

Las variables anteriores nos permiten la identificación de problemas, áreas críticas y brechas que sean susceptibles de resolver a través de los proyectos de intervención, determinar líneas de acción en relación a indicadores según áreas problemas identificados a mejorar y diseño por cada unidad de trabajo.

Para dicho propósito se realizó la aplicación del análisis estructural, usando de insumo las variables definidas como estratégicas para la organización.

La identificación de áreas críticas y brechas que sean susceptibles de resolver a través de los proyectos de intervención se llevó a cabo por el equipo del Departamento de Desarrollo Institucional.

La validación, se realizó a partir de la aplicación de una pauta de revisión y actualización de cada una de las áreas basadas en el análisis interno. Con este propósito, el equipo de colaboradores establecido, procedió a validar la actualización los ejes estratégicos por sobre los cuales transitará la organización. Se distribuyó a los participantes, vía electrónica el análisis interno y externo para que incorporaran observaciones y validaran la Planificación propuesta. Estos convocados asistieron a reuniones telemáticas, establecidas de actualización de la Planificación del Establecimiento el entre los meses de mayo y junio de 2020, validando la Misión, Visión, Valores, Filosofía y Objetivos Estratégicos para el período 2020 – 2023, del Hospital San Juan de Dios de La Serena.



Cabe mencionar que el trabajo del equipo convocado incluyó la realización de la matriz FODA en relación a los objetivos estratégicos definidos para el período y que constituye la base del despliegue estratégico, estrategias y control de Gestión del presente Documento.

Posterior al trabajo con el equipo de colaboradores, la Directora del Establecimiento, revisó y validó las apuestas estratégicas definidas y la factibilidad de implementación de las mismas.

Dicho análisis permitió recabar información tanto para la actualización como el rescate de información valiosa y vigente para la Planificación Estratégica.

Para dicho propósito se usó como referente la Matriz de análisis estructural con el fin de detectar las variables estratégicas y su impacto en la organización, de tal manera de integrar aquellos elementos faltantes en las planificaciones anteriores, y al mismo tiempo detectar aquellas variables que producirán el apalancamiento organizacional.

Esta metodología consideró el carácter integrado de los distintos elementos de gestión del Hospital, para que, de este modo, pudiera reconocerse el impacto sistémico y, por lo tanto, priorizar su plan, como considerar los objetivos de las distintas perspectivas del Cuadro de Mando Integral y los planes de acción relacionados. Con este proceso se realizó la identificación y análisis de variables, (primera parte) usando el método de los 10 pasos, la Interpretación Sistémica de la Naturaleza de Factores que influyen sobre las Organizaciones y sus Nexos Internos y Ambientales. Se creó una Matriz de influencias, que contiene información significativa. La Estructura de Efectos es una forma de representación que nos muestra principalmente el curso y la intensidad de las corrientes de efectos individuales de las Variables Estratégicas.

Con este proceso se logró sacar a luz la importancia de mantener un modelo que considerara la gestión del conocimiento. Se estableció el peso de las variables del análisis interno. Mediante la Metodología de Triangulación, se realizó la priorización de las variables estratégicas. Estas variables se llevaron a la matriz de proyecto según la prioridad establecida por el panel. Para focalizar más aún la planificación se enmarcó dentro del concepto de un modelo de excelencia (Malcom Baldrige). Mediante el trabajo en la Matriz de variables, productos del análisis interno, se logró detectar las variables claves, que permitirán poder hacer planes priorizados estratégicamente. Estas variables no solo permitirán cumplir con los requerimientos del MINSAL y el BSC sino también si fuese posible (depende del grado de madurez de la organización) calcen con un modelo de excelencia mayor, como el Malcom Baldrige, de tal manera que estos nos hagan repensar el hospital en términos comparables con organizaciones de clase mundial. Lo anteriormente mencionado se logró claramente al establecer variables como Gestión del Conocimiento entre otras, consideradas en este modelo de excelencia.

Cabe mencionar que estas son Metodologías y Herramientas que nos permiten orientar la planificación hacia niveles mayores de excelencia. Los modelos son solo abstracciones para representar la realidad.



Identificación de áreas críticas

El objetivo del análisis del entorno es la captación de la información para aportar fuentes de oportunidades y amenazas, en el desarrollo presente y futuro de las estrategias del Hospital.

Existen dos tipos de herramientas que se usarán de acuerdo a los niveles de dinamismo e incertidumbre del entorno del Hospital:

La *previsión* que consiste en la prolongación hacia el futuro de una situación pasada con ciertas estimaciones cuantitativas de acuerdo con determinadas hipótesis de extrapolación de tendencias y resultados. Método apropiado en entornos estables y de baja incertidumbre. Para eso usaremos el BSC institucional.

La *prospectiva*, consiste en la elaboración de un panorama de futuros posibles, denominados escenarios. Los escenarios son situaciones futuras. Para lo cual emplearemos el método de los impactos cruzados, usado ante entornos muy cambiantes e inciertos.

El método de los impactos cruzados.

Tiene como objetivo analizar las interrelaciones existentes entre un conjunto de sucesos o acontecimientos posibles del entorno de la organización, y cómo estos influyen en el resto de variables posibles.

El método consiste, en la representación de los impactos cruzados, entendidos como la probabilidad de ocurrencia de un determinado suceso, en función de la ocurrencia prevista de otro. Cuando esta probabilidad aumenta, se dice que se está ante un 'impacto positivo'. En caso contrario, estamos ante 'impactos negativos'. Puede darse que no exista ningún impacto cruzado.

Estos impactos se representan en una matriz, donde cada fila y cada columna representan a los diferentes sucesos posibles. La inexistencia de impacto se representa dejando la casilla en blanco.

Identificación de áreas críticas

Esta fase de identificación de variables clave, es decir, esenciales a la evolución del sistema, se ha realizado en primer lugar mediante una clasificación directa (de realización fácil, mediante simples sumas de valores de motricidad/influencia y de dependencia para cada una de las variables), y posteriormente por una clasificación indirecta (llamada matrices de impactos cruzados Multiplicación Aplicada para una Clasificación).

Los hitos más relevantes de esta fase nos han permitido la Identificación de problemas, áreas críticas y brechas que sean susceptibles de resolver a través de los proyectos de intervención, determinar líneas de acción en relación a indicadores según áreas problemas identificados, sus pesos e impactos en el sistema



Hospitalario. A partir de las variables confeccionada a partir del FODA, y representadas en el BSC, para este proceso - además de las variables consideradas en la ficha de indicadores del MINSAL, podemos determinar cuáles son las variables claves del sistema, por lo que es fundamental focalizar los esfuerzos en ellas.

El Eje de la Estrategia

El uso de las metodologías adecuadas nos ha permitido contar con instrumentos de análisis en este ámbito temporal y a largo plazo, en el que han de plantearse las decisiones estratégicas para dar respuesta al alineamiento estratégico y las variables claves que se ha de prestar una especial atención a su desarrollo futuro.

El análisis permitió identificar, priorizar las decisiones referidas a la cartera de servicios y la gestión docente y la gestión del conocimiento como elemento central del quehacer de la institución. Vincular la Planificación Estratégica al Balanced Score Card institucional para dar respuesta al alineamiento estratégico y enfocar los procesos estratégicos y sus variables claves. Se realizó el Análisis de impacto de las variables, usando análisis MICMAC. Se identificó las variables claves a tener en cuenta en realización de la Planificación Estratégica de la institución.



CAPITULO III

Objetivos Estratégicos

Una de las primeras actividades en la construcción del Plan Estratégico consistió en compatibilizar el análisis estratégico institucional, con el fin de abordar el proceso continuo de aproximaciones explicativas que supone el análisis situacional, y de esta manera definir los desarrollos Estratégicos que será implementada por el Hospital en los próximos años. Para lo anterior se vinculó a la Planificación Estratégica, al Balanced Score Card institucional para dar respuesta al alineamiento estratégico.

El análisis de problemas o núcleo de problemas de carácter cualitativos fue cuantificado usando análisis estructural como la metodología que nos permitió identificar aquellos factores críticos a ser superados en el sistema hospitalario para disminuir la brecha entre la situación actual y la situación objetivo, al mismo tiempo que nos producirían los apalancamientos del sistema.

La gran apuesta estratégica del Plan consiste en:

Sostener la provisión eficiente y de calidad de servicios de alta complejidad para la población de referencia, en armonía con las necesidades y expectativas de la comunidad, los usuarios y los trabajadores del Hospital San Juan de Dios de La Serena.

Para garantizar una provisión eficiente de servicios de alta complejidad, en los términos descritos en el punto anterior, y con el fin de alinear la organización con el BSC institucional se definieron cuatro Objetivos Estratégicos. Todos son procesos críticos de un Establecimiento Hospitalario: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención. Dichas apuestas abordan núcleos de problemas considerados críticos por la incidencia que tienen para alcanzar la situación objetivo deseada y evitar posibles deficiencias en la prestación de servicios.

Para cada uno de los Objetivos Estratégicos del Plan se consideran cuatro perspectivas: Perspectivas Usuarios, Perspectiva Financiera, Perspectiva Procesos Internos, Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo. Dichas perspectivas están dirigidas a lograr mejoras en los procesos de atención de los usuarios, actuales o potenciales, y otras dirigidas a desarrollar o fortalecer capacidades institucionales que hagan de la institución hospitalaria una organización de excelencia.

Cada objetivo estratégico, contiene indicadores que son los encargados de evaluar los avances del desarrollo de cada objetivo y permiten evaluar el alineamiento estratégico de la institución.



Objetivo estratégico 1: Sustentabilidad Financiera

Objetivo Estratégico N° 1: Sustentabilidad Financiera		
Perspectiva	<p>Este objetivo estratégico apunta a re direccionar la Gestión Financiera Administrativa del Hospital, mejorando la coordinación clínico administrativa, de manera de construir un modelo que integre los procesos de Gestión Financiera y Presupuestario a la gestión clínica, permitiendo que los Sub Direcciones Operativas, construyan, ejecuten y controlen los recursos asignados a su gestión según convenios desempeños definidos.</p> <p>El desarrollo de un sistema de Costeo de Prestaciones, así como el de Gestión de pacientes institucionales y de libre elección, Estructura y recursos físicos, Gestión de apoyos logísticos y TICS entre otros de los definidos por la legislación vigente son parte de este objetivo.</p> <p>Se incorpora dentro de este objetivo acciones destinadas a gestionar las instalaciones y equipamiento tecnológico para impactar directamente en la percepción de la calidad de la atención en el usuario.</p>	
BSC	Variable Estratégica	Indicadores
Perspectiva Usuarios	CARTERA DE SERVICIOS	<p>A.4.1 % de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista.</p> <p>A.4.2 % de Cumplimiento de la programación anual de consultas médicas de especialidad realizadas por Telemedicina.</p> <p>A.4.3 % de Cumplimiento Programación No Médicos.</p>
Perspectiva Financiera	ESTRUCTURA Y RECURSOS FISICOS	<p>A.3.1 % de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST.</p> <p>A.3.2 % de número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo.</p> <p>A.3.3 Variación del gasto en compra de servicios.</p> <p>A.3.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.</p> <p>A.3.5 % de cumplimiento de programas asociados a la gestión de estructura y recursos físicos.</p>
Perspectiva Procesos Internos	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	<p>A.2.1 % de cumplimiento en oportunidad y calidad del Sistema de Costos.</p> <p>A.2.2 % de cumplimiento de actividades medicamentos mermados.</p>
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	<p>A.1.1 Equilibrio financiero</p> <p>A.1.2 Pago oportuno a proveedores</p>



Objetivo estratégico 2: Eficiencia Operacional.

Objetivo estratégico 2: Eficiencia Operacional		
Perspectiva	<p>Este objetivo apunta a establecer una organización interna flexible, que le permita al hospital alcanzar las metas definidas por el Plan Estratégico y otros requerimientos del sector salud.</p> <p>Se busca también mejorar la Gestión de los Usuarios Internos que otorgan los diferentes servicios que presta el hospital a la Red Asistencial con la que comparte recursos e información.</p> <p>Como resultado de lo anterior se pretende implementar un Modelo de gestión progresiva para la atención de Pacientes, de manera de organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece.</p> <p>Para conseguir una organización flexible se debe implementar Centros de Responsabilidad para alcanzar este objetivo estratégico, debiendo estos establecer los mecanismos para gestión y control de sus procesos en base a las actividades clínicas y administrativas que desarrollan y diseñar programas y servicios de calidad y el mejoramiento continuo Evidenciable.</p>	
BSC	Variable Estratégica	Indicadores
Perspectiva Usuarios	EFICIENCIA HOSPITALARIA	B.4.1 % de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria. B.4.2 % de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria. B.4.3 % de intervenciones quirúrgicas suspendidas. B.4.4 % de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
Perspectiva Financiera	EFICIENCIA HOSPITALARIA	B.3.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria.
Perspectiva Procesos Internos	GESTION DE APOYOS CLINICOS	B.2.1 % de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables. B.2.2 Porcentaje de camas críticas disponibles. B.2.3 Índice funcional. B.2.4 Porcentaje de egresos con estadía prolongada superior. B.2.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados.
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	CULTURAL ORGANIZACIONAL	B.1.1 % de cumplimiento del plan de mejora del clima laboral. B.1.2 Índice de días de ausentismo de licencias médicas curativas. B.1.3 % de jefaturas clínicas y subrogantes capacitados en temáticas prioritizadas. B.1.4 % de acciones implementadas del Plan de apoyo y cuidado a los equipos de salud.



Objetivo estratégico 3: Gestión Asistencial en Red.

Objetivo estratégico 3: Gestión Asistencial en Red		
Perspectiva	<p>Bajo este objetivo se pretende desarrollar y potenciar las acciones delineadas en la cartera de servicios que ofrece el hospital a la comunidad, definida y entrelazada con la red asistencial a la cual pertenece, potenciando los polos de desarrollo del establecimiento, en las especialidades médicas de Neonatología Intensiva, Cardiología, Oncología, Especialidades Médicas Ambulatorias y Otorgamiento de Prestaciones de Alta Complejidad tanto de alcance regional como suprarregional.</p> <p>La Gestión clínica persigue una mejoría continua en la efectividad de la atención, debiendo gestionar el conocimiento desarrollando y/o adaptando Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Atención, Protocolos de Procesos construidos del trabajo de equipos clínicos que permitan disminuir la variabilidad clínica de los pacientes.</p> <p>Lo anterior conlleva a incorporar indicadores de gestión clínico asistencial que permitan evaluar las prácticas clínicas utilizadas en la institución, evidenciando la incorporación de la Medicina Basada en la Evidencia como base del desarrollo clínico.</p> <p>Como resultado de lo anterior se pretende fortalecer las bases de coordinación con los demás Hospitales de la Red, y los diferentes niveles de atención determinados por la Red, además de la red supra-regional.</p>	
BSC	Variable Estratégica	Indicadores
Perspectiva Usuarios	GESTION DE PACIENTES	C.4.1 Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red. C.4.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad. C.4.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica. C.4.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica. C.4.5 Porcentaje de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios. C.4.6 Variación porcentual de consultas médicas nuevas ambulatorias de especialidades trazadoras. C.4.7 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.
Perspectiva Financiera	GESTION FINANCIERA CLINICO	C.3.1 % de Ejecución Programa de Reducción de Listas de Espera y/o Satisfacción de los Pacientes.
Perspectiva Procesos Internos	GESTION DEL CONOCIMIENTO	C.2.1 % de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica.
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	GESTION ASISTENCIAL DOCENTE	C.1.1 % de Cumplimiento Programa de Gestión Clínica Anual.



Objetivo estratégico 4: Excelencia de la Atención

Objetivo estratégico 4: Excelencia de la Atención		
Perspectiva	<p>Este objetivo estratégico pretende establecer en el hospital una organización que permita dirigir y coordinar el tránsito del Hospital a hacia un modelo de Calidad y Seguridad, en las prestaciones que otorga de manera de convertirse en un Prestador de Salud Acreditado en Calidad.</p> <p>Se propone establecer la gestión por procesos en las actividades clínicas y administrativas como eje del modelo de gestión de calidad, haciendo posible gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales, a través de la aplicación de acciones de mejora con involucramiento de todo el personal del hospital.</p> <p>También este objetivo busca mejorar las competencias del personal del establecimiento, para contar con una dotación preparada para otorgar atención de salud de calidad y segura.</p> <p>Este lineamiento considera mejorar la comunicación y relación con los usuarios, de manera de gestionar sus expectativas y posicionar el hospital como un prestador seguro.</p>	
BSC	Variable Estratégica	Indicadores
Perspectiva Usuarios	COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS	D.4.1 % de despacho de receta total y oportuno. D.4.2 % de satisfacción usuaria. D.4.3 % de reingresos urgentes de paciente antes de 7 días. D.4.4 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.
Perspectiva Financiera	ORGANIZACIÓN INTERNA	D.3.1 % de Cumplimiento de Actividades asociada a la actualización y/o mejora de la organización interna.
Perspectiva Procesos Internos	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	D.2.1 Porcentaje de reintervenciones quirúrgicas no planificadas. D.2.2 Porcentaje de cumplimiento de concordancia de registros de procesos clínicos y consistencia de registros estadísticos mensuales. D.2.3 Porcentaje de cumplimiento de las actividades críticas en el plan de calidad y seguridad de la atención. D.2.4 Porcentaje de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	GESTION DE LAS PERSONAS	D.1.1 % de Cumplimiento Programa de Capacitación para la Gestión y/o Administración de Servicios y/o Unidades.



Plan Anual de Actividades:

Las diferentes Actividades que se indican en este documento, se ejecutarán de acuerdo a un Plan Anual de Actividades que incluye un cronograma de actividades para el año, que debe presentarse ante el Directorio, Consejo Técnico Ampliado y Consejo Consultivo, debiendo acompañarse de un Plan Anual de Inversiones.

La Equipo Directivo definirá el equipo de trabajo que elaborará y controlará la ejecución del Plan Anual de Actividades y el sistema de trabajo y gestión del mismo.

Importancia		A. Sustentabilidad Financiera		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	CARTERA DE SERVICIOS	1. Actualizar Proceso de Programación de Actividades Médicas y No Médicas del Establecimiento.	2021	Sub Dirección Médica
		2. Vincular Plan de Actividades a proceso de Gestión de Presupuesto y Monitorizar su desempeño de forma anual.	2021 - 2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional – Sub Director Administrativo.
		3. Actualizar procedimiento de seguimiento de compras y tratos directos del Hospital, de acuerdo a normativa vigente, incluyendo monitorización y control de contratos.	2021-2023	Jefe Sub Departamento de Apoyos Clínicos
		4. Monitorización de la producción del establecimiento y evaluación del cumplimiento de la programación anual realizada.	2020-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
MEDIANA	ESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS	5. Establecer procedimiento de aseguramiento del pago oportuno de proveedores.	2021	Sub Director Administrativo.
		6. Actualizar Procedimientos de Farmacia, a fin de disponer de información en Línea de los fármacos disponibles y gestión de eventuales mermas.	2021 - 2023	Jefe Sub Departamento de Apoyos Clínicos
		7. Actualizar y Monitorizar cumplimiento Programa de Mantenimiento de Edificio.	2021-2023	Sub Director de Operaciones
		8. Actualizar y Monitorizar cumplimiento Programa de Control plagas en el edificio gestionado por Área de operaciones.	2021-2023	Sub Director de Operaciones
		9. Actualizar y Monitorizar cumplimiento Programa de Prevención de Riesgos del Establecimiento.	2021-2023	Sub Director de Operaciones
		10. Actualizar y Monitorizar de funcionamiento del Establecimiento en situación de Emergencias.	2021-2023	Sub Director de Operaciones



Importancia		A. Sustentabilidad Financiera		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	11. Optimizar el Sistema de Costos del Establecimiento e incorporarlo a la Gestión Presupuestaria de forma periódica.	2021 - 2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional – Sub Director Administrativo.
		12. Monitorizar Costos del Establecimiento, de acuerdo a lo solicitado por MINSAL.	2020-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		13. Difundir sistema de costos y relación con productividad del Establecimiento.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		14. Desarrollar y sistematizar la Ficha de Atención de Pacientes Ambulatorios	2021-2022	Sub Director Administrativo.
		15. Estandarizar el sistema de Tecnologías informáticas en las diferentes áreas, del hospital, para facilitar la disposición de información para la gestión y favorecer los flujos de Información.	2021-2022	Sub Director Administrativo.
BAJA	GESTION DE APOYOS LOGISTICOS Y TICS	16. Estandarizar el procedimiento de Gestión de Residuos	2012	Sub Dirección de Operaciones
		17. Monitorización de Indicadores Financieros, establecidos en este documento.	2020-2023	Sub Director Administrativo.
		18. Elaboración Anual de Plan de Actividades y Plan de Inversiones.	2020-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional



Importancia		B. EFICIENCIA HOSPITALARIA		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	EFICIENCIA HOSPITALARIA	1. Actualizar y Difundir Manual de Organización de Unidad de Emergencias.	2021-2022	Sub Director Médico
		2. Desarrollar y/o Actualizar Sistema para el registro y gestión del proceso de atención de Urgencias.	2021-2022	Sub Director Médico – Sub Director Administrativo
		3. Desarrollar y/o Actualizar Sistema para el registro y gestión del proceso quirúrgico.	2021-2022	Sub Director Médico – Sub Director Administrativo
		4. Establecer Sistema y Retroalimentación de la gestión diaria de atenciones y/o intervenciones quirúrgicas para la Unidad de Urgencias y de Pabellones.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
ALTA	EFICIENCIA HOSPITALARIA	5. Actualizar proceso de asignación de RRHH a las diferentes unidades del establecimiento y su mecanismo de actualización.	2021	Sub Dirección de Gestión de las Personas
		6. Desarrollar seguimiento de la productividad por hora contratada y retroalimentar a los equipos de unidades de atención directa de pacientes, así como sus unidades de apoyo.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		7. Establecer y monitorizar indicadores de control de gastos, asociados a productividad por área productiva y administrativa del hospital.	2022-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
MEDIANA	GESTION DE APOYOS CLINICOS	8. Establecer y monitorizar ejecución del Programa de ambulatorización de prestaciones con mira a la puesta en marcha del CDT.	2021-2023	Sub Director Médico – Jefes Especialidades Quirúrgicas
		9. Establecer Equipo de Gestión de Pacientes Hospitalizados para monitorización de estadías de pacientes asociados a indicadores GRD.	2021	Sub Director Médico
		10. Implementar sistema de monitorización diaria de ocupación de quirófanos.	2021-2023	Sub Director de Desarrollo Institucional
		11. Establecer medición de Gestión de Procesos de Apoyo y su orientación a los Servicios de Atención de Pacientes. Medir la oportunidad de entrega de servicios.	2013	Sub Director de Desarrollo Institucional



Importancia		B. EFICIENCIA HOSPITALARIA		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	CULTURA ORGANIZACIONAL	12. Establecer Plan de Mejora al proceso de Gestión de Competencias.	2021-2022	Sub Dirección de Gestión de las Personas
		13. Identificar y desarrollar Estrategias para generar liderazgo situacional y motivacional orientado al logro de metas organizacionales.	2021-2023	Sub Dirección de Gestión de las Personas
		14. Establecer mecanismo de adaptación a sistemas modernos de organización no solo en la forma sino comprender el fondo	2022	Sub Dirección de Gestión de las Personas
		15. Establecer y ejecutar programa de gestión del ausentismo institucional y mejorar índice de ausentismo del Hospital.	2021-2023	Sub Dirección de Gestión de las Personas

Importancia		C. Gestión Asistencial en Red		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	GESTION DE PACIENTES	1. Actualizar y modernizar proceso de gestión y seguimientos de GES y objetivos institucionales de atención oportuna de pacientes.	2021-2022	Sub Dirección Medica
		2. Establecer proceso de Monitorización y Retroalimentación diaria o semanal de movimientos en las listas de Espera del Establecimiento.	2021-2023	Sub Dirección Médica - Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		3. Desplegar y monitorizar cumplimiento de oportunidad de entrega y completitud de datos de la Hoja de Atención Ambulatoria para todas las especialidades que otorgan prestaciones ambulatorias.	2022-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		4. Implementar proceso de contrareferencia al alta en todas las especialidades ambulatorias del Hospital.	2022-2023	Sub Dirección Medica
		5. Actualizar la Gestión del Consejo Consultivo de usuarios y documentación de respaldo su trabajo.	2021	Jefe de Unidad de Atención al Usuario
		6. Definir, ejecutar y evaluar anualmente, acuerdo con Consejo Consultivo de Usuarios.	2021-2023	Jefe de Unidad de Atención al Usuario



Importancia		C. Gestión Asistencial en Red		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
BAJA	GESTION CLINICO FINANCIERA	7. Definir y ejecutar programa complementario anual para reducción de listas de espera.	2021-2023	Sub Director Médico – Sub Director Administrativo
		8. Establecer acuerdo anual con consultivo de usuarios destinados a mejoras asociadas a mejoras solicitadas por los usuarios.	2022-2023	Sub Director Médico – Sub Director Administrativo
MEDIANA	GESTION DEL CONOCIMIENTO	9. Desarrollar Protocolos Clínicos de Atención en torno a la Cartera de Servicios Definida.	2021-2023	Sub Director Médico
		10. Establecer instancias de análisis clínico con énfasis en la mejora continua de prácticas e intervenciones.	2021-2023	Sub Director Médico
		11. Establecer mecanismo para incorporar y desarrollar la investigación y gestión del conocimiento institucional.	2021-2022	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		12. Establecer Prácticas de Gestión del Cuidado con estandarización y evaluación con vinculación a la mejora continua.	2021-2022	Sub Directora del Cuidado
		13. Difundir y Capacitar protocolo de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica anualmente.	2020-2023	Sub Director Médico
BAJA	GESTION ASISTENCIAL DOCENTE	14. Establecer sistema de evaluación de convenios Docentes y sus resultados	2021-2023	Encargado de Unidad Docente Asistencial
		15. Definir, ejecutar y evaluar programa anual de gestión clínica.	2021-2023	Sub Director Médico



Importancia		D. Excelencia de la Atención		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
ALTA	COMUNICACIÓN Y RELACION CON LOS USUARIOS	1. Actualizar proceso de gestión de la satisfacción usuaria reforzando el concepto de mejora en las áreas de atención de pacientes.	2021-2022	Jefe Departamento Desarrollo Institucional – Jefe Atención al Usuario.
		2. Optimizar proceso de análisis de reingresos en el hospital con presentación de casos a instancia definida por la Sub Dirección Médica.	2022-2023	Sub Dirección Médica
		3. Establecer monitorización diaria de la entrega completa y oportuna de fármacos en farmacias ambulatorias con mecanismos de ajuste ante quiebres de stock y/o entregas a domicilio.	2021-2023	Jefe Sub Departamento Apoyos Clínicos
		4. Establecer mecanismo de aseguramiento de cumplimientos de respuesta a los reclamos con participación de Sub Directores y Jefes de Departamento, con evaluación de cumplimiento por departamento o subdirección.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional – Jefe Atención al Usuario.
ALTA	ORGANIZACIÓN GENERAL	5. Actualizar Estructura organizacional en función de los objetivos institucionales y directrices de la Dirección del Hospital.	2021	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		6. Establecer agenda de coordinación con los otros integrantes de la Red Asistencial.	2021-2023	Director (a)
		7. Actualizar Modelo de Gestión del Hospital una nueva Estructura organizacional que favorezca el trabajo en equipo y la puesta en marcha del CDT.	2021-2022	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		8. Establecer Política Institucional para la actualización de las competencias del personal de tal manera que considere un enfoque que favorezca su participación en el cambio del modelo de gestión.	2021	Sub Director de Gestión de las Personas
		9. Actualizar Proceso de Evaluación y Control de Gestión, en base a lo descrito en este documento.	2021	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		10. Implementar al menos un indicador de Resultados o eficiencia en cada proceso priorizado por la Dirección del Hospital.	2021-2022	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
		11. Establecer programa de Difusión de Orgánica Institucional Actualizada por cada unidad funcional del Hospital.	2021	Jefe Departamento Desarrollo Institucional



Importancia		D. Excelencia de la Atención		
Alta, Mediana o Baja	Restricción, Fortaleza o Mejora de la Meta	¿Cuál es la acción planeada?	¿Para cuándo?	¿Quién es el Responsable?
MEDIANA	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	12. Mantener Proceso de Monitorización y Control de reintervenciones Quirúrgicas no planificadas.	2021-2023	Jefe Unidad de Calidad
		13. Mejorar sistema de pesquisa de reintervenciones Quirúrgicas no planificadas, en base a estrategias implementadas en otros establecimientos.	2021-2023	Jefe Unidad de Calidad
		14. Aumentar cobertura del Programa de Auditoria a áreas no evaluadas anteriormente con énfasis en la mejora continúa	2021-2023	Jefe Unidad de Auditorias
		15. Establecer procedimiento de chequeo de completitud y correcto registro de REM y otros registros oficiales.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional
BAJA	GESTION DE LAS PERSONAS	16. Definir y Ejecutar Programa de Capacitación para la Gestión y/o Administración de Servicios y/o Unidades, dirigido a todos los Jefes de Servicios y/o Unidad.	2021-2023	Jefe Departamento Desarrollo Institucional



CAPITULO IV

Implementación del plan estratégico

Es necesario señalar que si bien el presente documento constituye un instrumento que explicita el arco direccional, guía la acción y establece criterios de éxito, el Plan propiamente dicho sólo se completa en la acción.

Quizá sea el proceso de gestión estratégica, indispensable para su concreción, el desafío verdaderamente crítico. La fase que se inicia a partir de ahora implica un esfuerzo cotidiano que reclama capacidad e inventiva para conducir un proceso de cambio en una situación compleja e incierta, a la vez que requiere del compromiso de un importante número de personas clave de la institución.

El principal desafío del Plan Estratégico es el logro de una implementación que involucre al conjunto de los funcionarios del Hospital en los Planes Operativos.

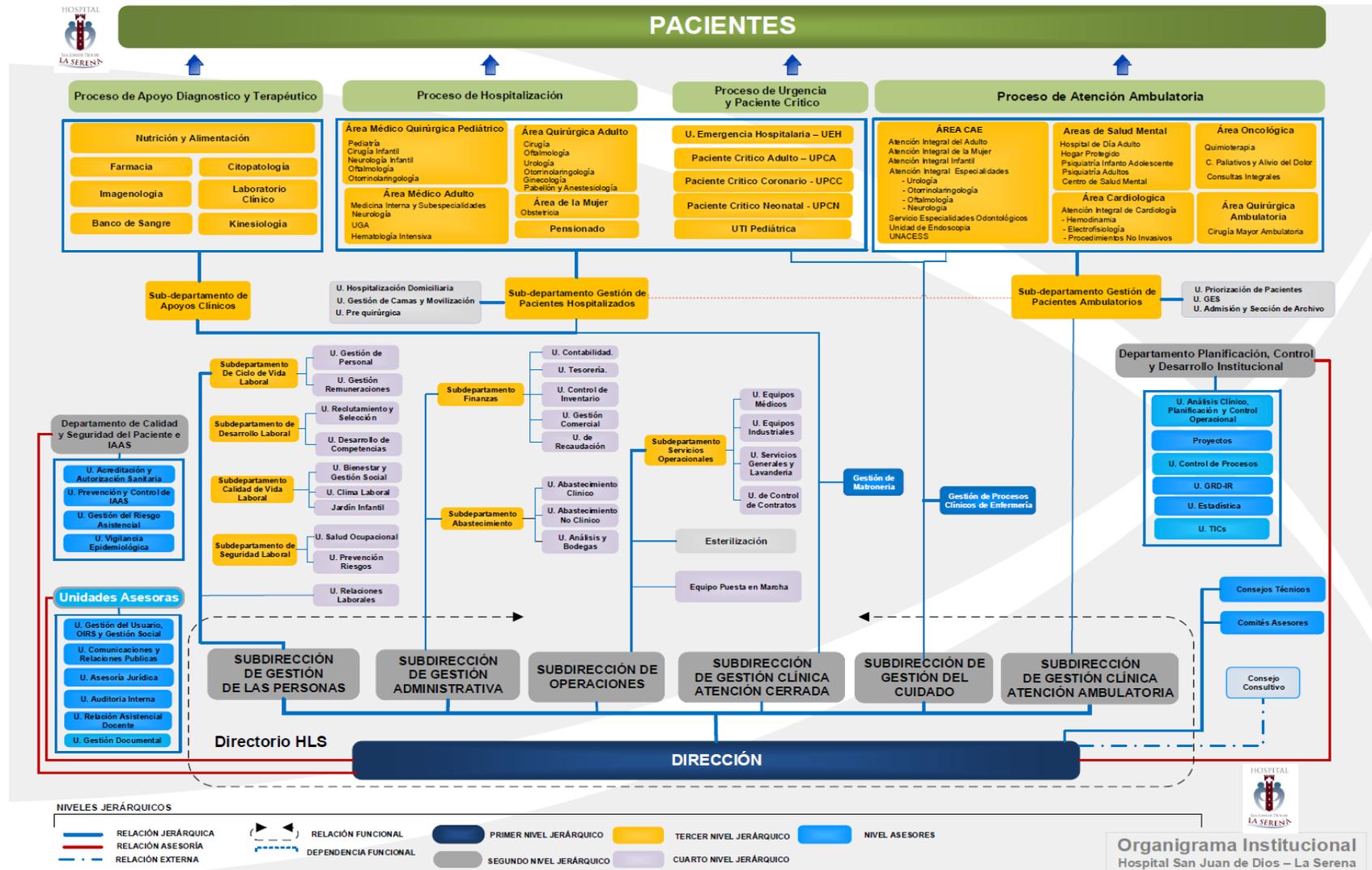
La tarea de ejecutar el Plan ha comenzado en forma paralela a la formulación del mismo, situación que no hace más que reforzar la importancia y la prioridad que tiene para los directivos todo lo que se ha concluido en el trabajo de los talleres.

El solo hecho de haber formulado el Plan ha permitido alinear los objetivos al interior de la organización, y ha posibilitado el desarrollo de consensos necesarios para llevar adelante distintas acciones.

Solo resta la tarea de sostener la visión compartida sobre la ejecución de los distintos Planes Operativos, para lo cual hace se definirán en ámbitos participativos de discusión y consenso convenios de desempeño por centro de responsabilidad que serán en definitiva los que serán evaluados como parte del Control de Gestión del Plan Estratégico.



Propuesta Organigrama de la Institución asociado a la implementación del Plan Estratégico.



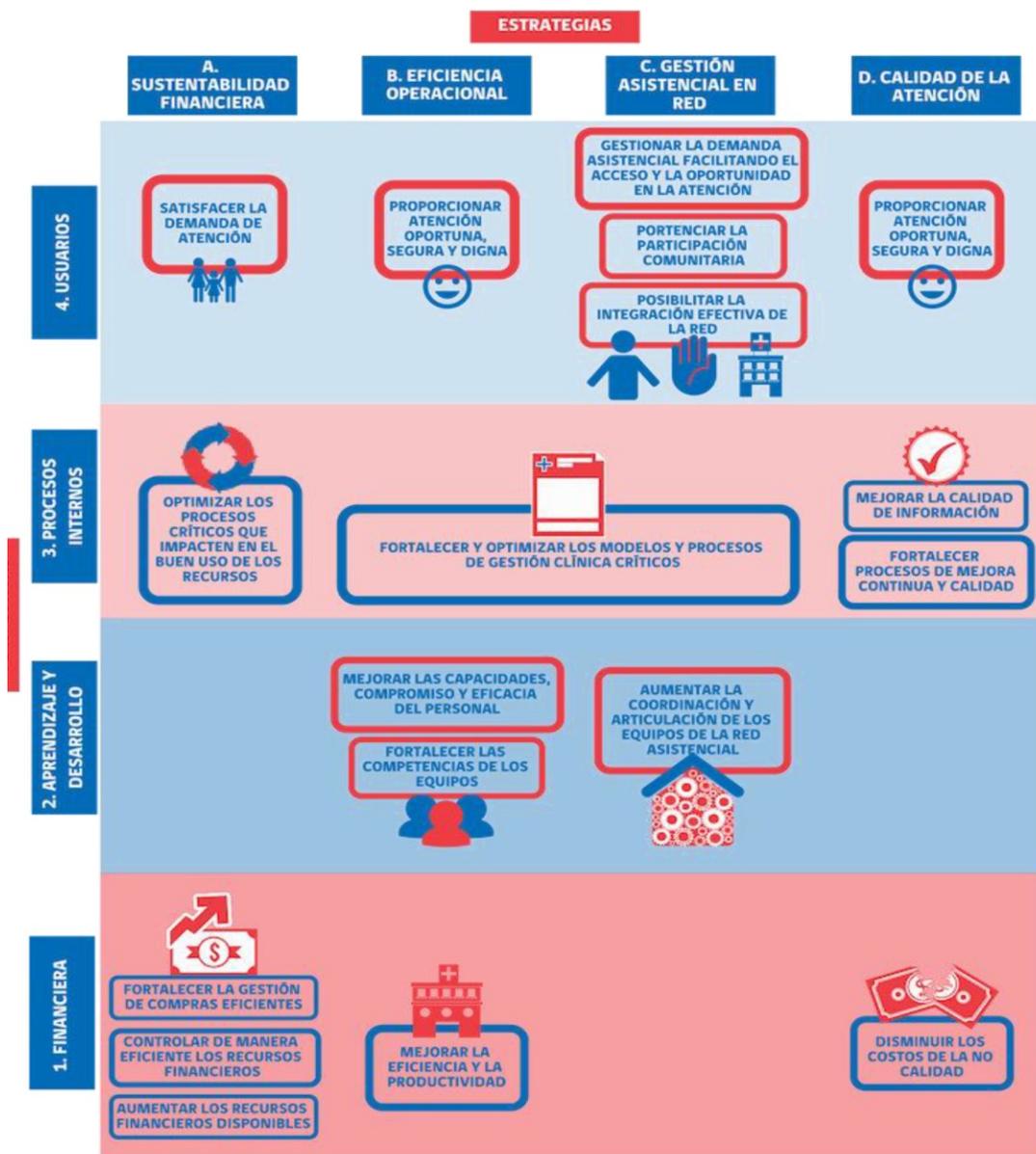


Mapa Estratégico:

El presente instrumento de evaluación, construido sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, se proyecta desde un mapa estratégico, que cumple con la finalidad de relacionar la estrategia y su ejecución.

Dicho mapa contempla aquellos objetivos e indicadores, que permitirían medir la actuación del Establecimiento Auto gestionado en Red, desde cuatro perspectivas equilibradas: Usuarios, Financiera, Procesos Internos y Aprendizaje y Desarrollo.

Figura. 1: Mapa Estratégico.





CAPITULO V

Control de la gestión del plan estratégico

De acuerdo con las perspectivas a desarrollar y la estrategia que busca conseguir los objetivos de la Institución, se construye el cuadro de mando integral donde la misión se mueve a la parte superior, la Estrategia permanece en el centro; la Perspectiva del Cliente es elevada y los empleados son la BASE para la construcción del desarrollo de la institución. El Control de la gestión del plan estratégico se realizará de acuerdo al BSC institucional, que se detalla a continuación, según lo establece la autoridad, este es el instrumento rector de la gestión del Hospital.

BSC	A. Sustentabilidad Financiera	B. Eficiencia Operacional	C. Gestión Clínica	D. Excelencia de la Atención
4. Perspectiva Usuarios	<p>A.4.1 % de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialista.</p> <p>A.4.2 % de Cumplimiento de la programación anual de consultas médicas de especialidad realizadas por Telemedicina.</p> <p>A.4.3 % de Cumplimiento Programación No Médicos.</p>	<p>B.4.1 % de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.</p> <p>B.4.2 % de abandono de pacientes del proceso de atención médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria.</p> <p>B.4.3 % de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p> <p>B.4.4 % de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.</p>	<p>C.4.1 % de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red.</p> <p>C.4.2 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad.</p> <p>C.4.3 Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica.</p> <p>C.4.4 Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica.</p> <p>C.4.5 % de estrategias implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios.</p> <p>C.4.6 Variación porcentual de consultas médicas nuevas ambulatorias de especialidades trazadoras.</p> <p>C.4.7 % de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.</p>	<p>D.4.1 % de despacho de receta total y oportuno.</p> <p>D.4.2 % de satisfacción usuaria.</p> <p>D.4.3 % de reingresos urgentes de paciente antes de 7 días.</p> <p>D.4.4 Oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos.</p>
3. Perspectiva Financiera	<p>A.3.1 % de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST.</p> <p>A.3.2 % de número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo.</p> <p>A.3.3 Variación del gasto en compra de servicios.</p> <p>A.3.4 Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.</p> <p>A.3.5 % de cumplimiento de programas asociados a la gestión de estructura y recursos físicos.</p>	<p>B.3.1 Costo del recurso humano por actividad hospitalaria.</p>	<p>C.3.1 % de Ejecución Programa de Reducción de Listas de Espera y/o Satisfacción de los Pacientes.</p>	<p>D.3.1 % de Cumplimiento de Actividades asociada a la actualización y/o mejora de la organización interna.</p>
2. Perspectiva Procesos Internos	<p>A.2.1 % de cumplimiento en oportunidad y calidad del Sistema de Costos.</p> <p>A.2.2 % de cumplimiento de actividades medicamentos mermados.</p>	<p>B.2.1 % de ambulatorización de cirugías mayores ambulatorizables.</p> <p>B.2.2 % de camas críticas disponibles. B.2.3 Índice funcional.</p> <p>B.2.4 % de egresos con estadía prolongada superior.</p> <p>B.2.5 % de horas ocupadas de quirófanos habilitados.</p>	<p>C.2.1 % de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y/o UCI, UTI adulto y pediátrica.</p>	<p>D.2.1 % de reintervenciones quirúrgicas no planificadas.</p> <p>D.2.2 % de cumplimiento de concordancia de registros de procesos clínicos y consistencia de registros estadísticos mensuales.</p> <p>D.2.3 % de cumplimiento de las actividades críticas en el plan de calidad y seguridad de la atención.</p> <p>D.2.4 % de compromisos suscritos e implementados, producto de una auditoría.</p>
1. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo	<p>A.1.1 Equilibrio financiero</p> <p>A.1.2 Pago oportuno a proveedores</p>	<p>B.1.1 % de cumplimiento del plan de mejora del clima laboral.</p> <p>B.1.2 Índice de días de ausentismo de licencias médicas curativas.</p> <p>B.1.3 % de jefaturas clínicas y subrogantes capacitados en temáticas priorizadas.</p> <p>B.1.4 % de acciones implementadas del Plan de apoyo y cuidado a los equipos de salud.</p>	<p>C.1.1 % de Cumplimiento Programa de Gestión Clínica Anual.</p>	<p>D.1.1 % de Cumplimiento Programa de Capacitación para la Gestión y/o Administración de Servicios y/o Unidades.</p>



Resumen Ejecutivo

La Planificación Estratégica desarrollada por el Hospital de la Serena, se efectuó a la luz de la Misión y Visión y con las especificidades técnicas del análisis FODA, más la elaboración de las Política y Objetivos Estratégicos, dieron los lineamientos generales para la construcción de un Plan, con cuatro años de duración. Una de las primeras operaciones en el procesamiento del Plan Estratégico consistió en identificar las variables motrices o generadoras que permita abordar el proceso continuo de aproximaciones explicativas que supone el análisis situacional. Para luego tomar las variables cualitativas, como base para buscar aquellas que nos permitieran generar los apalancamientos del sistema. Esto fue logrado con la matriz de impactos cruzados. Para conseguir los objetivos del hospital se necesita lograr distintos objetivos intermedios (inductores) que se pueden lograr operando sobre las llamadas variables Clave. La superación de lo mismo se constituirá en el principal desafío del plan estratégico. Este eje o variables debe, además, ser un problema relevante -en virtud de su importancia al interior del Hospital-y comprender una multiplicidad de dimensiones de modo tal que su análisis permita examinar todos los aspectos importantes de la institución y su entorno. Al realizar el análisis de las variables críticas mencionadas en el análisis interno, entrego un primer examen de la situación del Hospital lo que permitió identificar un macro problema que se vinculó directamente a la variable Organización General (OG), la cual tiene un impacto directo en todas las otras variables del sistema Hospitalario. Una de los elementos se refiere a que el organigrama no responde a la realidad de la función organizacional. Lo que repercute en que falla la coordinación con los otros integrantes de la Red Asistencial. Asimismo, la estructura organizacional no favorece el trabajo en equipo la actualización de las competencias del personal no considera enfoque que favorezca su participación en el cambio del modelo de gestión. Como mostro el análisis de la Relación, directa, entre las variables, la organización general, tiene un gran impacto en la gestión de pacientes, sin embargo, en dicho impacto subyace influencia sobre la gestión de las personas. Personas. La organización de servicios encierra múltiples dimensiones lo que hace necesario describir cuáles constituyen aspectos deficientes en el desempeño institucional.

Finalmente, cada año de la presente Planificación Estratégica llevará una construcción específica de los Planes de Actividades valorizado, de Inversiones, Programaciones y de todo aquello necesario para cada año operacional. Dicha construcción lleva asociada un continuo seguimiento, tanto de la Planificación misma, como de todas las actividades y Centros de Responsabilidad. Figura: Proceso de Planificación Estratégica, Hospital La Serena.





BIBLIOGRAFIA

1. Propuesta modelo de gestión Estudio Pre Inversional. Nuevo Hospital La Serena. 2020.
2. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Calidad por Sistema. Sevilla. Consejería de Salud. 2001.
3. Instrumento de Evaluación Autogestionado en Red. Subsecretaria de Redes Asistenciales 2020.
4. La red pública de salud, Fundamentos, conceptos y experiencias. Subsecretaria de redes asistenciales. División de gestión de la red asistencial, Gobierno de Chile, Ministerio de salud, 2005.
5. Ley 19937, de Autoridad Sanitaria. Publicada en el diario oficial el 24 de febrero de 2004.
6. Reglamento de los Servicios de Salud, decreto 140 de 2004.
7. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, Decreto Nº 38/05.
8. Ley 18.575 Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Ministerio del Interior; Subsecretaría del Interior. 2008.