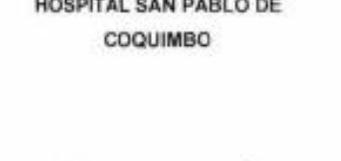


	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO	Página 1	Versión 3.0	
	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO 2023-2027

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
 DR. MARCOS CHAVARRÍA MALDONADO JEFE DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	 DR. FRANCISCO ASTUDILLO LEMUS SUBDIRECTOR DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN DEBARRADA	 DR. JAIME BASTIDAS ANABALÓN DIRECTOR (S) HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO
 E.U. CAROLINA GARDEMIL ARCOS JEFA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS	 DR. CHRISTIAN VARGAS ALDAY SUBDIRECTOR DE GESTIÓN CLÍNICA ATENCIÓN AMBULATORIA	 E.U. JACQUELIN ARANDA TAPIA SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DEL CUIDADO
 ING. MARCEL DUBSERT FERNÁNDEZ UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS	 ING. DANIELA BRICEÑO PIEROTTI SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	 ING. RENÉ CORONADO ORELLANA SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN RR.HH. Hospital Coquimbo
 ING. FRANCISCA DÍAZ FORTILLA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y PROYECTOS HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO	 SR. JUAN MELÁN ZÚÑIGA SUBDIRECTOR DE GESTIÓN OPERACIONAL	 E.U. METTE EGAÑA VEAS JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
 DR. EDUARDO NIEME BUJALIL GESTOR QUIRÚRGICO HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO	 DR. EDUARDO NIEME BUJALIL GESTOR QUIRÚRGICO HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO	 Eduardo Nieme Bujalil Rut: 7.063.528-3 Obstetricia y Ginecología Hospital de Coquimbo
FECHA: MARZO 2024	FECHA: MARZO 2024	FECHA: MARZO 2024

	<p align="center">HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p align="center">PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027</p>	Página 2	Versión 3.0	
		<p align="center">Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.</p>		
		<p align="center">Fecha de Vigencia: Diciembre 2027</p>		



	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 3	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

ÍNDICE

1.	INTRODUCCION	5
2.	EQUIPOS PARTICIPANTES.....	5
3.	ANTECEDENTES GENERALES.....	6
3.1	Historia.....	6
3.2	Emplazamiento	8
3.3	Características Generales.....	8
3.4	Migración y pueblos originarios	9
3.5	Red Asistencial Regional	10
3.6	Área de influencia y características de la Red	10
3.7	Indicadores de Producción históricos.....	11
3.8	Recurso Humano.....	13
4.	METODOLOGÍA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2018-2021	13
5.	DECLARACIONES ESTRATÉGICAS	16
5.1	MISIÓN	16
5.2	VISIÓN	16
5.3	VALORES INSTITUCIONALES.....	17
6.	MATRIZ FODA.....	17
7.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	23
7.1	Transitar para llegar a ser un hospital de exelencia en atención en salud	23
7.2	Fomentar en los equipos clínico-operativos la entrega de un Servicio de Calidad.....	23
7.3	Potenciar el desarrollo e incorporación de Especialistas	24
7.4	Potenciar el desarrollo y cuidado del Capital Humano.....	24
7.5	Mejorar la Gestión de la Información	25
8.	POLÍTICAS INSTITUCIONALES	25
8.1	GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y DE DESARROLLO	25
8.2	GESTIÓN DE LA CALIDAD	26
8.3	GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	27
8.3.1	Reclutamiento, Selección y Desvinculación de las personas.....	28
8.3.2	Formación y Capacitación funcionaria	28
8.3.3	Dotación y Planificación	28
8.3.4	Calidad de vida laboral.....	29
8.3.5	Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	29
8.3.6	Gestión del cambio y Desarrollo de Personas.....	29
8.4	GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN USUARIA	29
8.4.1	Participación Social.....	30
8.4.2	Satisfacción Usuaría	31
8.4.3	Gestión del Cambio y Transición Usuaría	31
8.5	GESTIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS Y DE APOYO.....	32

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 4	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.5.1	Gestión de la Atención Ambulatoria.....	33
8.5.2	Gestión de la Atención Cerrada	34
8.5.3	Gestión del Proceso Quirúrgico	34
8.5.4	Gestión del Proceso de Urgencia.....	35
8.6.	PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN	36
8.6.1	Autogestión.....	36
8.6.2	Metas Sanitarias	37
8.6.3	COMGES	37
8.6.4	Convenio Alta Dirección Pública	37
8.6.5	Planificación Estratégica	38
8.6.6	Análisis Clínico y Operacional.....	38
8.7.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS	39
8.7.1	Recursos Físicos.....	39
8.7.2	Recursos Financieros.....	40
8.8.	AUDITORÍA INTERNA	41
8.8.1	Plan Anual de Auditoría.....	42
8.8.2	Ámbito de Gestión de Procesos.....	42
9.	MAPA ESTRATEGICO HOSPITAL SAN PABLO.....	44
10.	OBJETIVOS OPERACIONALES, INDICADORES Y METAS.....	45

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 5	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

1. INTRODUCCION

El hospital San Pablo de Coquimbo es un establecimiento de alta complejidad, que forma parte de la Red Asistencial Coquimbo, y que da respuesta a la demanda asistencial de la población comunal, provincial o regional según la especialidad médica y su área de influencia, bajo el concepto de la complementariedad con los demás establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la Red. Este escenario obliga a los tres establecimientos de alta complejidad (San Juan de Dios de La Serena, San Pablo de Coquimbo y Antonio Tirado Lanús de Ovalle) a una articulación efectiva y coordinada entre y con los establecimientos de APS, para responder y satisfacer las necesidades de los usuarios de la Red.

El desarrollo y potenciación de todas sus áreas define al establecimiento como un hospital con perfil asistencial de alta complejidad en el contexto de la Red, reafirmando su rol como centro de derivación regional y máximo referente en las áreas de Neurocirugía, Traumatología de alta complejidad, Corta Estadía de Psiquiatría adultos, Dermatología, Cuidados Intensivos Pediátricos, Neurofisiología – estudio del sueño y procuramiento de órganos y tejidos. Así mismo, derivación suprarregional para neurocirugía, trauma grave y paciente crítico pediátrico que requiere monitoreo y manejo neuro intensivo o apoyo ventilatorio invasivo.

La Planificación Estratégica del Hospital San Pablo de Coquimbo, reúne las principales políticas de la organización para el periodo 2023 – 2027, que dan cuenta de los objetivos estratégicos institucionales. Esta versión, está marcada por dos eventos; uno de ellos el regreso progresivo al funcionamiento y producción post pandemia por coronavirus (COVID 19), que impactó notoriamente la cultura organizacional y laboral, nuestros modelos de gestión y flujos de trabajo; el segundo es que cubre periodo de los próximos cuatro años, correspondiente al periodo de transición y gestión del cambio hacia el hospital normalizado. Esta Planificación está proyectada en un periodo complejo, con metas de eficiencia y eficacia en cada uno de sus ámbitos, pero en un escenario de restricción de infraestructura, necesidad de estrategias de mitigación y brecha de especialistas. Para ello, se ha realizado un trabajo participativo con la comunidad hospitalaria y representantes de los usuarios externos, que apunta a definir los lineamientos estratégicos de la institución que contribuirán a mejorar la calidad y continuidad de la atención y mejorar la gestión de los recursos disponibles. Esto, con la intención de dar respuesta oportuna, eficiente, efectiva y de calidad a nuestros usuarios.

2. EQUIPO PARTICIPANTE

Equipo Directivo

- Dr. Jaime Bastidas Anabalón, Director (s) Hospital San Pablo
- Dr. Francisco Astudillo Lemus, Gestión Clínica Atención Cerrada
- Dr. Christian Vargas Alday, Subdirector Gestión Clínica Atención Ambulatoria
- EU. Jacquelin Aranda Tapia, Subdirectora de Gestión del Cuidado
- Ing. Daniela Briceño Pierotic, Subdirectora de Gestión Administrativa

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 6	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

- Ing. René Coronado Orellana, Subdirector Gestión de Recursos Humanos
- Sr. Juan Mc-Lean Zúñiga, Subdirector de Gestión Operacional
- Sr. German López Álvarez, Director Hospital San Pablo, por convenio ADP 01/05/2020 a 01/05/2023 y Director (S) periodo 02/05/2023 a 31/10/2023.

Departamentos Asesores:

- E.U Ivette Egaña Veas, Jefa Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
- Dr. Marcos Chavarría Maldonado, Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.

Equipo Operativo Asesor

- Dr. Marcos Chavarría Maldonado, Jefe Departamento Control de Gestión y Desarrollo Institucional.
- EU. Carolina Cardemil Arcos, Jefa Unidad de Planificación y Proyectos
- Ing. Marcel Dussert Fernández, Profesional Unidad de Planificación y Proyectos
- Ing. Francisca Díaz Portilla, Profesional Unidad de Planificación y Proyectos

3. ANTECEDENTES GENERALES

3.1 Historia:

A mediados del siglo diecinueve, Coquimbo pasa de ser una pequeña caleta de pescadores, a una bullente y próspera ciudad puerto, siendo el desarrollo empresarial minero de la época, el principal motor de su rápido crecimiento. La Municipalidad de Coquimbo se crea el 5 de mayo de 1867, fecha que ha sido considerada como la fundación de la ciudad.

Desde sus inicios, los vecinos y vecinas de Coquimbo, manifiestan la necesidad de contar con un hospital para atender las crecientes necesidades de atención de salud de la población, solicitando formalmente al Intendente de la provincia y al recién asumido primer alcalde de la comuna Don Joaquín Edwards Ossandón, la construcción de un establecimiento de salud, logrando que una de las primeras medidas de esa gestión edilicia fuera el arriendo de una casa quinta, destinada a la formación de un hospital de caridad. Es así que el 16 de enero de 1874, comienza a funcionar oficialmente el Hospital San Pablo de Coquimbo. Contaba con 16 camas y una decena de funcionarios, algunos de ellos “ad honorem”, como el primer médico - de nacionalidad inglesa - el Dr. George F. Tait.



Pasaron casi 30 años para que el 29 de abril de 1900, con gran esfuerzo de la comunidad, bajo el liderazgo de la Honorable Junta de Beneficencia de Coquimbo, en base a colectas públicas, aportes de embajadas, donaciones de

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 7	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

particulares y un importante aporte fiscal, se procediera a la inauguración del primer edificio hospitalario.

El año 1921 fue nombrado el primer médico Director del establecimiento, responsabilidad que recayó sobre el Dr. Guillermo W. Francis Jones quien contribuyó fuertemente al desarrollo y prestigio del hospital. El segundo director del establecimiento el Dr. Jerónimo Méndez Arancibia ejerció el cargo por 14 años y entre otros ocupó los cargos de alcalde de la comuna, Senador por Coquimbo y Atacama, Ministro de Salud, Ministro del Interior y Vicepresidente de la república, ocupando en 1941, al fallecer el Presidente en ejercicio Pedro Aguirre Cerda, la primera magistratura de la nación.

El Hospital “viejo”, como todavía es nombrado, prestó servicios a la comunidad durante más de 70 años: En la década de los 40, después de verse seriamente afectado por un fuerte terremoto, se forma una comisión para gestionar la construcción de un nuevo hospital, presidida por el Dr. Cesar Moukarzel Mayer, pero el proyecto se desvanece, y muchos años después, tras el evidente deterioro por el paso del tiempo, agravado por el terremoto del año 1967, se aceleraron las gestiones para la construcción de un nuevo centro asistencial.

Se reactiva la participación comunitaria a través del Comando de Defensa de Coquimbo, integrado por autoridades locales, organizaciones vecinales, gremiales, y la activa participación del director del hospital Dr. Julio Danery Novoa. Se logra, el año 1969, en el palacio de la Moneda la firma por el Presidente de la república Don Eduardo Frei Montalva del decreto que otorgaba los recursos para la construcción del nuevo Hospital con fondos provenientes de la Ley del Fierro o Ley Noemí. Un triunvirato conformado por Dr. Jorge Contador C., Dr. Jorge Pinto Marín y Dr. Eduardo Estévez S. asume la dirección del establecimiento.

El 26 de marzo de 1976, se inaugura oficialmente el actual Hospital San Pablo de Coquimbo con una capacidad para 400 camas y una superficie construida de aproximadamente 20.000 mts², con infraestructura y equipamiento de última generación, que lo convierten en uno de los hospitales más modernos del país. Contaba además de las especialidades básicas de la Medicina tales como Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia, con otras especialidades de mayor complejidad, con cobertura regional y suprarregional como Traumatología, Neurocirugía, Dermatología, Fisiatría, Psiquiatría y Anatomía Patológica entre otras.



Posteriormente se crean la Unidad de Baromedicina, Hemodiálisis, Unidades de Cuidados Intensivos Adultos y Pediátrica, Unidad Cardiorrespiratorio, Imagenología compleja (TAC), Unidad de Endoscopía y otras áreas con equipamientos diagnósticos y terapéuticos.

En el mes de octubre de 1997 un terremoto grado 6.9 de escala de Richter genera daños severos en el edificio identificado como torre antigua de hospitalización, se intenta recuperar estructuralmente sin embargo, estudios especializados proponen la reconstrucción hospitalaria en cuatro etapas. Se logra completar la primera etapa que correspondió a la construcción de la nueva torre de hospitalización con un piso de estacionamiento subterráneo, cuatro pisos para servicios clínicos y un helipuerto.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 8	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

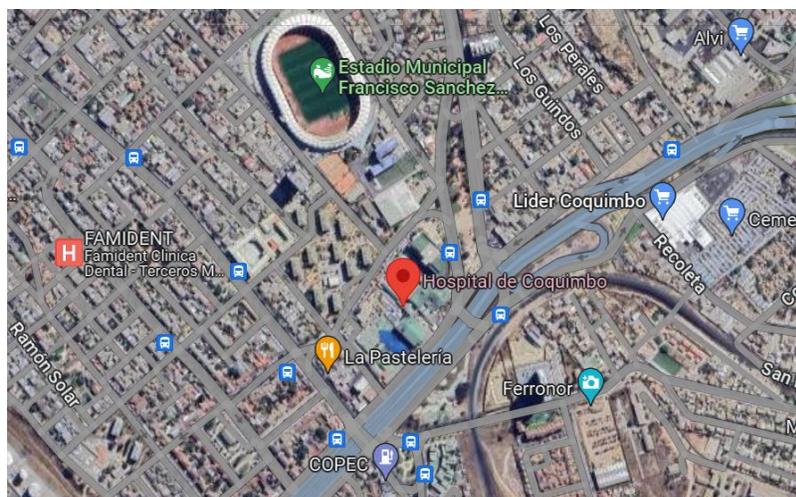


El año 2010 se realiza traslado de servicios clínicos y pacientes a la nueva torre de hospitalización, quedando algunos servicios clínicos y atención ambulatoria en la torre antigua. El 16 de septiembre de 2015 un **terremoto** grado 8.4 escala de Richter, produce severos daños estructurales en el edificio de la Torre antigua, que soportaba la Atención ambulatoria de especialidades y Unidades de apoyo (esterilización, lavandería, endoscopia, Unidad de Cirugía Ambulatoria), con esto se termina finalmente demoliendo esta área del hospital. El año 2018 se concreta la construcción del EPCA logrando recuperar infraestructura perdida con la demolición de la torre antigua de hospitalización.

Actualmente el establecimiento se encuentra en plena etapa de diseño y construcción, en el contexto del proceso de Normalización, luego de finalizar Estudio Preinversional Hospitalario. Se proyecta traslado a nuevas dependencias del hospital San Pablo de Coquimbo, en una nueva ubicación, a fines de 2027, cuando esta Planificación Estratégica esté completando su vigencia.

3.2 Emplazamiento:

El Hospital San Pablo de Coquimbo tiene una ubicación estratégica en el centro de la ciudad de Coquimbo, contiguo a la “Ruta 5”, en la intersección con Av. Videla, una de las vías principales de la ciudad, que le permite conectarse con el resto de la comuna y la región, facilitando la derivación y traslado de pacientes. Esto permite un acceso expedito a la carretera y a avenida Videla garantizando rápida conexión con la península de Coquimbo y las comunas que derivan.



3.3 Características Generales:

La Región de Coquimbo administrativamente se encuentra dividida en tres provincias conformadas por 15 comunas, que de norte a sur corresponden a: Provincia del Elqui, Provincia de Limarí y Provincia de Choapa. La comuna de Coquimbo se encuentra en la provincia de Elqui, conjuntamente con las comunas de La Serena, La Higuera, Vicuña, Paihuano y Andacollo.

 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 9	Versión 3.0	 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Tabla N°1: Antecedentes demográficos

Antecedentes Demográficos	Región de Coquimbo
Capital	La Serena
Superficie	40.579,9 Km ²
Población (Censo 2017)	757.586 habitantes
Población proyectada 2023	869.103 habitantes
Densidad	18,7 habitantes/Km ²
Porcentaje variación de población	14,7%
Población mayor de 60 años	14,1%
Población menor de 15 años	19,7%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

Tabla N°2: Indicadores de Salud

Indicador	Comuna de Coquimbo	Región de Coquimbo	Nacional
Tasa de Mortalidad General	5,2 por mil Habitantes	5,5 por mil habitantes	6,1 por mil Habitantes
Tasa de Natalidad	11,1 por mil Habitantes	10,6 por mil habitantes	11,0 por mil Habitantes
Tasa Mortalidad Infantil	3,6 por mil Nacidos vivos	5,2 por mil Nacidos vivos	6,5 por mil Nacidos vivos
Tasa Fecundidad	1,4 por Mil Habitantes	1,4 por mil habitantes	1,5 por mil Habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

3.4 Migración y pueblos originarios

De acuerdo con los datos entregados por CENSO 2017, se observó que las regiones del país a las que había llegado más población de la que se había ido a residir a otras, se destacan: Coquimbo (7.8 por 1.000), Valparaíso (5.2 por 1.000) y Maule (3.7 por 1.000).

Del Porcentaje de la población de la Comuna y de la Región que corresponde a inmigrante extranjero o que pertenece a pueblos originarios:

Tabla N°3: Migración y pueblos originarios

Área	Pueblos originarios	Inmigrante extranjero
Comuna de Coquimbo	8,0% de la población	2,4% de la población
Región de Coquimbo	8,6% de la población	2,0% de la población

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 10	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

3.5 Red Asistencial Regional:

La Red Asistencial de la Región de Coquimbo cuenta con un conjunto de establecimientos de salud organizados en niveles de complejidad- El primer nivel de atención de salud (Atención Primaria), quien ejerce funciones asistenciales en territorios definidos y con población a cargo. Este nivel de atención incluye a los 5 hospitales de baja complejidad o Comunitarios, dependientes del Servicio de Salud Coquimbo (Andacollo, Vicuña, Salamanca, Los Vilos, Combarbalá).

La derivación de atención se produce hacia el nivel secundario de atención en la Red, que incluye hospitales de mayor complejidad, que dan respuesta al primer nivel de atención, conforme al rol definido por el Gestor de Red. Este nivel considera un hospital de Mediana complejidad (Dr. Humberto Elorza de Illapel) y tres hospitales de Alta complejidad (San Juan de Dios de La Serena, San Pablo de Coquimbo y Antonio Tirado Lanús de Ovalle). La Red Asistencial ha definido a los Hospitales de La Serena, Coquimbo y Ovalle como los tres de alta complejidad de la Red, estableciendo su complementariedad en especialidades, subespecialidades y complejidad. Este escenario obliga a estos tres establecimientos a una articulación efectiva y coordinada entre ellos, con hospital de Illapel y con los establecimientos de Atención Primaria para dar respuesta a la demanda asistencial regional. Los hospitales de alta complejidad de la Red dan cuenta del nivel terciario de atención, concentrando los pacientes derivados más complejos y críticos tanto para población adulta como para la población pediátrica.

Tabla N°4: Hospitales según Complejidad en la Red Asistencial

Hospital	Complejidad	N° de Camas	Comuna
Hospital San Juan de Dios de la Serena	Alta	284	La Serena
Hospital San Pablo	Alta	353	Coquimbo
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús	Alta	223	Ovalle
Hospital Humberto Elorza Cortés	Mediana	54	Illapel
Hospital José Arraño	Baja	15	Andacollo
Hospital San Pedro	Baja	33	Los Vilos
Hospital de Salamanca	Baja	19	Salamanca
Hospital San Juan de Dios de Vicuña	Baja	30	Vicuña
Hospital San Juan de Dios de Combarbalá	Baja	20	Combarbalá
Total		1.031	

Fuente: Dirección de Servicio de Salud Coquimbo

3.6 Área de influencia y características de la Red:

El área de influencia puede definirse como el territorio hasta donde se produce el efecto o impacto de un determinado servicio y que está en directa relación con la población usuaria del servicio. La determinación del área de influencia del hospital de Coquimbo resulta de gran importancia para la planificación en Red. Permite estimar la demanda y diseñar estrategias para responder a ella, estableciendo una ruta de derivación al unir los puntos de demanda con los puntos de oferta de servicios.

El establecimiento cuenta con especialidades médicas y prestaciones orientadas a dar respuesta al usuario de la comuna de Coquimbo, derivado desde Atención Primaria, como son las

 Hospital Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo Ministerio de Salud	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 11	Versión 3.0	 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

especialidades básicas (Pediatría, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Cirugía), tanto para la atención cerrada como abierta. A esta población usuaria se agrega la comuna de Andacollo que deriva al hospital de Coquimbo en estas especialidades.

Nuestro Establecimiento recibe la derivación de la totalidad de los pacientes de la provincia de Elqui en la especialidad de Dermatología y Medicina Física y Rehabilitación, en esta última, específicamente de aquellos usuarios de las especialidades de neurología, neurocirugía y traumatología que requieren rehabilitación.

La provincia de Choapa deriva al hospital las solicitudes para especialidades de Dermatología, Urología, Neurología infantil, Psiquiatría Infanto Juvenil y Máxilo Facial.

La especialidad de Traumatología recibe la demanda de baja y mediana complejidad de toda la provincia de Elqui. Sin embargo, recibe la demanda de toda la región de Coquimbo en el caso de alta complejidad, recibiendo incluso, derivación desde la región de Atacama.

En la especialidad de Neurocirugía recibimos la demanda de toda la región tanto en atención cerrada como abierta. Dado su desarrollo y nivel de complejidad y resolución recibe, además, la derivación de pacientes de la región de Atacama. En una situación similar se encuentra especialidad de Psiquiatría Adultos, en que, si bien se cuentan con dispositivos para la atención ambulatoria en la Red Asistencial en las tres provincias, el Servicio Clínico para hospitalización de corta estadía se encuentra en hospital de Coquimbo y Hospital de Ovalle, recibiendo la derivación de toda la población adulta de la región.

3.7 Indicadores de Producción históricos:

En algunas áreas de producción hospitalaria que se muestra a continuación se evidencia el impacto del terremoto de septiembre de 2015 y, posteriormente, la pandemia por covid-19 del 2020 al 2022:

Tabla N°5: Histórico de Camas de hospitalización

Años	2013	2015	2017	2019	2021	2023
N° Camas	313	315-288	288	301	341	353

Fuente: R. Exenta DSS Coquimbo dotación de camas de la Red Asistencial.

Tabla N°6: Indicadores de Hospitalización

Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N° Egresos Hospitalarios	13.378	13.512	13.481	11.536	11.765	13.060
Índice ocupacional	87.9	87.2	86.6	68.5	77.7	83.1
Estada media depurada	5.6	5.6	5.4	6.3	6.8	6.2
Peso Medio GRD	0,9849	1,0044	1,0075	1,0631	1,2469	1,0933
Índice funcional	0,95	0,94	0,93	0,92	0,91	0,96

Fuente: Unidad de Análisis de la casuística hospitalaria (GRD) Hospital San Pablo de Coquimbo.

 Hospital Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo Ministerio de Salud	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 12	Versión 3.0	 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Tabla N°7: Atención de Partos

Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	2.533	2.581	2.443	2.114	2.026	2.174

Fuente: Unidad de Estadística Hospital San Pablo de Coquimbo.

Tabla N°8: Consultas médicas de Especialidad

Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	97.536	113.497	128.789	64.065	94.872	113.549

Fuente: Unidad de Estadística Hospital San Pablo de Coquimbo.

Tabla N°9: Atenciones médicas de Unidad de Emergencias

Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	84.026	71.673	64.182	43.786	38.257	54.418

Fuente: Unidad de Estadística Hospital San Pablo de Coquimbo.

Tabla N°10: Intervenciones Quirúrgicas

Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Intervenciones Quirúrgicas Totales	15.559	15.688	15.169	9.408	12.466	13.411
Electivas Mayores	7.608	8.773	9.072	5.411	7.261	7.945
Urgencias Mayores	2.688	2.856	3.394	3.393	3.261	3.505
Menores	5.263	4.059	2.703	640	1.944	1.961

Fuente: Unidad de Estadística Hospital San Pablo de Coquimbo.

Tabla N°11: Exámenes Unidades de Apoyo

N° de Exámenes por año	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Imagenología	92.594	96.171	99.823	70.273	89.931	105.222
Laboratorio Clínico	750.840	807.703	829.488	753.383	985.026	1.002.345
Anatomía Patológica	25.248	26.801	27.743	22.165	29.184	32.458

Fuente: Unidad de Estadística Hospital San Pablo de Coquimbo.

 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO	Página 13	Versión 3.0	 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO
	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
	Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027			

3.8 Recurso Humano (dotación y honorarios):

Tabla N°13: Dotación Hospital de Coquimbo 2023

Dotación Efectiva	Contrata/Titulares 2017	Contrata/Titulares 2023
Ley 18.834	1134	1640
Ley 19.664	183	283
Ley 15.076	90	95
Ley 15.076 (Liberado de guardia)		37
Total	1.407	2.055

Fuente: Unidad de Gestión de las Personas Hospital San Pablo de Coquimbo.

Tabla N°14: Honorarios

Personal a Honorarios	Honorarios 2017	Honorarios 2023
Cantidad de funcionarios	119	524

Fuente: Unidad de Gestión de las Personas Hospital San Pablo de Coquimbo.

4. METODOLOGÍA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2018-2021

Para el proceso de actualización de la Planificación Estratégica del Hospital San Pablo, se constituyó un equipo multidisciplinario y representativo de las distintas unidades hospitalarias y servicios clínicos de la institución.

El equipo directivo fue el responsable de dirigir y supervisar que el proceso pudiese ser realizado de forma exitosa, entregando las facilidades y el apoyo a los diferentes equipos del hospital, y definiendo en último término, según criterio y expertíz técnica, los diferentes ejes estratégicos a abordar durante el periodo definido para la planificación, así como la definición final de la misión, visión y valores institucionales. El equipo asesor, tuvo la responsabilidad de coordinar y guiar el proceso de actualización y consolidar la información recopilada en las diferentes etapas del proceso de actualización. Un tercer equipo conformado por representantes de las diferentes unidades hospitalarias y servicios clínicos, gremios y la comunidad usuaria, participaron en el proceso de actualización de la misión, visión y valores, levantamiento de la matriz FODA y manifestar su opinión respecto a actividades y estrategias que debiesen ser incluidas en la nueva planificación del hospital.

El proceso de actualización se llevó a cabo en diferentes etapas, las cuales se detallan y desarrollan a continuación:

4.1 Evaluación Planificación Estratégica periodo 2018-2021 (extensión año 2022):

La implementación de ella se vio afectada por la pandemia por COVID 19 declarada en el año 2020, pero el análisis realizado evidenció márgenes de mejora que fueron utilizados como insumos importantes para la definición de la actual planificación.

La Planificación Estratégica anterior 2018 – 2021, con prórroga para el año 2022 contenía 8 objetivos estratégicos, que mediante las políticas institucionales definidas para dicho periodo, se

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 14	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

logró operativizar la planificación, definiéndose objetivos operacionales, indicadores, metas y actividades a desarrollar para el periodo antes señalado. Anualmente el establecimiento elabora un Plan Anual de Actividades derivado de la Planificación Estratégica, el cual es evaluado semestralmente y derivado su cumplimiento al Director del Establecimiento.

Al final del periodo 2018-2021, se realizó un informe respecto del cumplimiento de los objetivos definidos en la planificación estratégica del hospital, varias de las actividades declaradas para el periodo fueron implementadas y otras no pudieron ser llevadas a cabo como consecuencia de la pandemia por COVID 19, finalmente la planificación 2018-2021 tuvo un 84% de implementación, de un total de 61 indicadores propuestos, 51 fueron cumplidos, quedando 10 sin cumplir y uno sin aplicar producto de la contingencia sanitaria del periodo.

Uno de los puntos evidenciados en la evaluación y que afectaron la implementación y cumplimiento de las acciones declaradas fue la falta de difusión y promoción de la planificación estratégica, con la consecuente falta de adherencia al plan estratégico propuesto para el periodo (consecuencia de los flujos de información y comunicación entre los diversos niveles de la comunidad).

4.2 Difusión de inicio del proceso de actualización de la Planificación Estratégica:

La difusión a la comunidad hospitalaria respecto del inicio del proceso de actualización de la Planificación Estratégica periodo 2023-2027, se realizó mediante un Consejo Técnico Ampliado (CTA) realizado el día 31 de Julio del año 2023, donde hubo participación de 70 personas, incluidos en esta nómina el Equipo Directivo, las Jefaturas de Unidades y Servicios y Gremios del Establecimiento, instancia donde se dio a conocer el inicio del proceso y la metodología de trabajo que se ocuparía.

4.3 Actualización de Misión, Visión y Valores Institucionales:

La actualización de la Misión, Visión y Valores de nuestra institución se llevó a cabo mediante una encuesta participativa donde se proponían alternativas tanto para la misión, visión y valores o la posibilidad de poder realizar una propuesta diferente, esta encuesta se difundió a todas las jefaturas de los servicios y unidades del hospital para que fuera trabajada y consensuada con sus equipos (independiente de la calidad contractual del funcionario), estuvo disponible un mes para poder trabajarla y la participación era de carácter voluntario.

Tabla N°15: Número de funcionarios que participan contestando encuesta.

Ley a la que pertenece el funcionario	N° de Funcionarios	N° participantes
Ley 18.834	2.089	783
Ley 19.664	490	64
Sin Información		59
Total	2.579	906

Fuente Dotación: Unidad de Gestión de las Personas Hospital San Pablo de Coquimbo.

Fuente Participación: Unidad de Planificación y Proyectos Hospital San Pablo de Coquimbo.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 15	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Como se observa en la tabla anterior de un total de 2.579 funcionarios (independiente de la calidad contractual) 906 de ellos contestaron de manera voluntaria la encuesta difundida, dando su opinión respecto a la misión, visión y valores de la nueva planificación estratégica, correspondiendo al 35% de los funcionarios del hospital que desarrollan funciones al 31 de agosto del año 2023. Una vez tabulado los datos de la encuesta y presentados al Equipo Directivo, se definieron las nuevas declaraciones institucionales, en relación a la opinión expresada por la comunidad hospitalaria y la mirada del directorio del hospital.

4.4 Levantamiento de la Matriz FODA:

Una vez definida la nueva misión, visión y los valores de la nueva planificación estratégica, se llevó a cabo un taller para realizar el levantamiento de la matriz FODA, el cual tuvo una metodología participativa y tuvo la particularidad de incorporar a todas las jefaturas o representantes de las unidades y servicios del hospital, gremios y representante de la sociedad civil. Este taller fue desarrollado en 3 jornadas donde participaron 130 personas, que aparte de asistir y aportar con el levantamiento de la matriz FODA, un 50% de ellos aportó con ideas y propuestas de objetivos operacionales, indicadores, metas y acciones a implementar en planificación estratégica periodo 2023 – 2027.

4.5 Definición de los Ejes Estratégicos para el periodo 2023-2027:

Actividad liderada por el Director del Establecimiento, quien en conjunto con el Equipo Directivo, definieron los objetivos estratégicos para el periodo 2023. 2027, considerando los objetivos sanitarios para el periodo 2021- 2030 emanados desde MINSAL, las necesidades locales y el análisis interno y externo resultante del levantamiento de la matriz FODA.

4.6 Revisión y actualización de las políticas institucionales:

Este proceso fue coordinado por el Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional y los responsables de definir y actualizar las nuevas políticas institucionales fue el Equipo Directivo.

4.7 Definición de Objetivos Operacionales, Estrategias, Actividades, Indicadores, Metas y responsables de la gestión e implementación:

La operativización de la Planificación Estratégica se llevó a cabo mediante reuniones con los equipos de las diferentes áreas de gestión, conformados por los diferentes subdirectores y jefaturas de las unidades y servicios a su cargo, instancia donde se definieron los objetivos operacionales, indicadores, estrategias, actividades, metas y responsables de cada uno de ellos. Para esto se realizó una revisión y análisis de las propuestas de objetivos operacionales e indicadores propuestos en el taller, agregando lo definido por los referentes, considerando su expertíz en el área de gestión.

 Hospital Coquimbo Servicio de Salud Coquimbo Ministerio de Salud	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 16	Versión 3.0	 HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Figura N°1: Proceso de Actualización de la Planificación Estratégica 2023-2027



Fuente: Unidad de planificación y proyectos.

De esta forma se logró una participación representativa del Hospital en la construcción de la presente Planificación Estratégica.

5. DECLARACIONES ESTRATÉGICAS

5.1 MISIÓN

“Somos un Hospital de Alta Complejidad, que otorga atención de salud oportuna, de calidad e integral, articulado con la Red Asistencial, centrado en las necesidades de nuestros usuarios y con participación de la comunidad”.

5.2 VISIÓN

“Ser un Hospital de excelencia en la gestión en salud, líder en la red asistencial, que brinde atención humanizada, incorporando la tecnología e innovación, con equipos de trabajo comprometidos en satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y, valorado por sus funcionarios y la comunidad”.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 17	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

5.3 VALORES INSTITUCIONALES

Valores periodo 2023-2027	Definición
Respeto	Entendido como el reconocer el valor de las personas, de su dignidad y las diferencias inherentes a la naturaleza humana.
Trabajo en equipo	Compromiso de cada uno de los miembros de la institución de realizar un trabajo colaborativo en pro del cumplimiento de una meta en común.
Eficiencia	Capacidad de lograr los resultados deseados optimizando y dando buen uso a los recursos disponibles.
Responsabilidad	Correcto actuar de cada funcionario de acuerdo a lo esperado en cuanto a su desempeño personal (cantidad y calidad de la labor que realiza) y a la asistencia laboral.
Inclusión	Entendida como el trabajo a realizar en la reducción de brechas en el acceso a la atención de salud, de aquellas personas, familias y comunidades, que se encuentran en una situación de vulnerabilidad o minoría.
Probidad	Entendida como la conducta funcionaria, moralmente intachable, desempeño honesto y leal de la función que desarrolla, con preeminencia del interés público sobre el privado.
Vocación de servicio	Virtud que radica en cada uno, que incorpora el compromiso, pasión, empatía y espíritu de entrega hacia la actividad o atribución que se debe desarrollar.

6. MATRIZ FODA

El análisis FODA es una herramienta para determinar estrategias en organizaciones, a partir de la valoración de áreas internas (Fortalezas y Debilidades) y áreas externas (Oportunidades y Amenazas).

6.1 Análisis Interno: En el análisis interno de una organización se identifican los **factores internos claves** y **relevantes** a nivel de gestión y de procesos, permitiendo identificar las competencias necesarias para el logro de la misión y visión definidas por la Institución. Estos factores internos impactan en el desarrollo de la organización y al ser internos, sí podemos controlarlos e incidir directamente sobre ellos.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 18	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

FORTALEZAS	
Cultura Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de Pertenencia y compromiso de los funcionarios. • Funcionarios motivados en el desarrollo e implementación de nuevas estrategias y tecnologías. • Participación funcionaria con injerencia en discusión de gestión y planificación. • Enfoque progresivo en centrar la atención en las necesidades del usuario y de la familia. • Colaboración y trabajo en equipo en gran parte de la institución. • Alta experiencia, resiliencia y adaptabilidad antes la adversidad. • Recambio generacional que produce una mezcla entre nuevas ideas y experiencia previa.
Organización Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Internalización en los equipos clínico operativos los procesos de evaluación del Hospital (Acreditación, Autogestión, Metas Sanitarias). • Adherencias a los procesos y correcta supervisión de estos, en un marco de calidad en la atención (cultura de estandarización de procesos). • Evaluación permanente de la eficiencia hospitalaria y de procesos asociados, a través de diferentes indicadores. • Clima Laboral aceptable. • Existencia de liderazgo en jefaturas del Hospital, que motiva a los equipos de trabajo.
Gestión Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de derivación de especialidades médicas regionales y en algunas suprarregionales. • Contar con Equipos Multidisciplinarios para la atención de pacientes según sus necesidades. • Alta Resolutividad, eficacia y eficiencia a pesar de los escasos recursos que se poseen. • Implementación de una cultura de trabajo mediante procesos definidos. • Actualización de manuales de procedimientos de las unidades y servicios del establecimiento. • Conformación del comité de eficiencia (gestión de las camas hospitalarias). • Mejora en la gestión de quirófanos.
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Manuales de procedimientos actualizados o en proceso de actualización según normativa vigente. • Realización de inventarios valorizados de manera semestral. • Cuantificación y valoración de mermas de fármacos e insumos.
Gestión de las Personas	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso Humano Capacitado y Competente. • Funcionarios especializados y subespecializados en las distintas áreas (incluyendo especialidades de alta complejidad) • Programa de Capacitación continua y de fácil acceso. • Profesionales interesados en la autoformación. • Existencia de unidad de relaciones laborales (como mediador organizacional). • Incorporación de modelos de gestión por competencia en el proceso de selección. • Interés institucional en realizar instancias de autocuidado y conocimiento de equipos de trabajo.
Innovación y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura al cambio, un espíritu innovador y de mejora continua. • Innovación científica en procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico y, de manera general para otorgar las prestaciones asignadas al hospital. • Implementación de nuevas herramientas tecnológicas que mejoran la atención del usuario.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 19	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Participación social y satisfacción usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo consultivo empoderado, integrado y participativo. • Estrecha vinculación con la comunidad, lo que permite revelar problemáticas específicas que le acojan al paciente o su familia durante su atención. • Integración e inclusión de la comunidad con el hospital. • Salida del Hospital a la comunidad, como por ejemplo ferias educativas.
Relación Asistencial Docente	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación con Centros formadores. • Reconocimiento al campo de formación. • Contribución de la RAD a la formación de nuevos profesionales en el mismo Hospital.

DEBILIDADES	
Cultura Organizacional y Procesos Transversales	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos internos que no integran a todos los participantes y que generan información parcial o aislada. • Falta de motivación de las jefaturas a sus equipos de trabajo. • Falta de compromiso con la institución asociado a la variable generacional. • Falta de instancias para fortalecer vínculos entre equipos de trabajo, unidades y servicios (entre unidades). • Unidades de apoyo "lejanas" a la organización (poco integradas a los procesos centrales de atención). • Frágil e insuficiente comunicación con la red asistencial APS. • Deficiente difusión de procesos internos, organigramas, manuales, flujogramas, información, etc. entre funcionarios y hacia los usuarios. • OIRS cuenta información parcializada respecto de las unidades y su funcionamiento. • Transferencia de malas prácticas laborales. • Cultura mayormente reactiva frente a problemas y situaciones diarias (no proactiva). • Deshumanización de la atención en salud
Organización Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • El organigrama no responde a la realidad de la función organizacional. • Gran número de unidades y servicios sin manuales de organización. • No se cuenta con la totalidad de los procedimientos clínicos y administrativos protocolizados y actualizados.
Gestión Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital centrado en Atención Cerrada por sobre la Atención Ambulatoria. (En relación a los procesos, como atención del paciente, asignación de recursos, disponibilidad de RRHH, entre otros). • Procedimientos Clínicos no están actualizados en su gran mayoría. • Persistencia de unidades o servicios con pacientes con estadías prolongadas por sobre el estándar solicitado. • Proceso de alta y egreso del paciente lento, lo que dificulta la disponibilidad de camas. • Resistencia de algunas Jefaturas de Unidades o Servicios Clínicos a la implementación de nuevas estrategias que favorezcan procesos críticos en el establecimiento (Hospitalización / Quirúrgico). • Baja calidad en el registro de prestaciones. • Falta de una visión integral de los problemas del paciente debido a la alta especialización.
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión lenta y deficiente en la compra de insumos. • Ausencia de Análisis de la Información de los costos por servicio en relación a costos reales. • Carencia de recursos para acceder a nuevas tecnologías. • Presupuesto insuficiente / Recursos financieros limitados.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 20	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

	<ul style="list-style-type: none"> • Falencia en distribución de recursos financieros durante el año. • Mal uso de recursos internos por servicio. • Falta de reposición oportuna de insumos y fármacos.
Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha de Infraestructura (camas para hospitalización, pabellones quirúrgicos, box de atención) y espacios físicos hostiles. • Falta de mantención de la infraestructura. • Brecha de equipo y equipamiento clínico y no clínico, requerido y adecuado para la atención de salud. • Señalética insuficiente al ingreso y dentro del establecimiento. • Lentitud en la respuesta y resolución de problemas por parte de equipos médicos. • Capacidad Instalada con nula o muy poca capacidad de crecimiento. • Variabilidad de insumos para diferentes equipos médicos generando poca eficiencia en el uso de recursos. • Falta de cumplimiento en mantenimiento preventivo y planes de contingencia. • Falta de políticas de mantención y renovación de equipos médicos.
Gestión de las Personas	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha de Recursos Humanos y cargos para las políticas públicas en desarrollo. • Oferta limitada de especialistas. • Proceso de selección deficitario. • Rotación o fuga de personal por oportunidades atractivas en cuanto a mejoras económicas y acceso a cargos. • Alto Ausentismo Laboral. • Ausencia de política interna de gestión de personas. • Escaso incentivo que favorezca la permanencia de funcionarios y débil política de Carrera funcionaria. • Atenciones de salud de funcionarios deficiente o poco integrales. • Inequidad institucional en el trato con sus funcionarios. • Autocuidado deficiente.
Tecnología, Innovación y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha de digitalización. • Infraestructura tecnológica deficiente. • Baja integración entre sistemas tecnológicos existentes en el establecimiento. • Sistemas tecnológicos obsoletos, tecnologías de Información que no responde a las necesidades del establecimiento. • Falta de un sistema de registro de datos eficiente e integrado. • Inexistencia de un sistema informático que apoye en la gestión de LE tanto quirúrgica como de CNE. • Resistencia a los cambios tecnológicos por parte de algunos estamentos.
Participación social y satisfacción usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Mala evaluación de los usuarios respecto a la percepción del trato recibido. • Baja satisfacción usuaria, reflejada en el aumento de reclamos recibidos en la institución (orientación, información al usuario, reconocimientos derechos de usuarios). • Dificultad para cumplir la oportunidad de respuesta a los usuarios que reclaman. • Alta burocracia en los procesos que deben seguir los pacientes para su atención. • Sistema de entrega de información deficiente a los usuarios o personas de significancia, desde los Servicios Clínicos y Post Quirúrgico.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 21	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

6.2 Análisis Externo:

En el diagnóstico externo se analizan diferentes condiciones que no dependen necesariamente de organización pero alteran su desarrollo. Pueden presentarse como amenazas u oportunidades, según sea el impacto que tengan en su operación. Algunos ejemplos podrían ser los factores sociales, ambientales, políticos o legales.

Las **amenazas** son todo aquello que afecta a la institución y que **supone un riesgo** o desequilibrio para su desempeño. Dichas amenazas requieren un plan estratégico para prevenirse o aminorar su efecto.

Las **oportunidades** son las situaciones o circunstancias del entorno que se deben aprovechar, ya que son capaces de **atraer beneficios** para el futuro y crecimiento de la organización.

OPORTUNIDADES	
Cultura Organizacional y Procesos Transversales	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de ser agentes de cambio, dirigir el proceso y las personas hacia el hospital nuevo. • Proceso de reacreditación en curso. • Promoción de Proyectos para su ejecución, dependientes de otras instituciones del estado en enlace con el Hospital. • Oportunidad de reuniones y discusión de problemáticas dentro de la institución como de la Red Asistencial.
Gestión Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Avances en las etapas para lograr un Hospital Normalizado (mejor infraestructura, aumento dotación de camas, ampliación y/o apertura de cartera de servicios, Hospital "Inteligente" desde el punto de vista tecnológico, entre otros). • Descentralización y complejización de la atención en salud para las regiones. • Buena relación con centros formadores (relación reciproca en cuanto apoyo mutuo).
Gestión Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Participación del proceso de rediseño de la red asistencial a la cual pertenecemos. • Mayor acompañamiento por parte de los referentes de la DSS Coquimbo. • Monitoreo permanente de la eficiencia hospitalaria y seguimiento de indicadores que aplican al establecimiento en los diferentes procesos de evaluación por parte de la DSS y MINSAL. • Apertura o ampliación de la cartera y nuevas prestaciones, según polos de desarrollo definidos en el hospital normalizado.
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos de gestión con Fonasa y pago de prestaciones mediante GRD relacionadas a la complejidad de los usuarios.
Gestión de las Personas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en la actualización y políticas de gestión de personas de la red. • Posibilidad de incorporación de profesionales extranjeros. • Generación de nuevos puestos de trabajo y actualización de procesos. • Disponibilidad de centros de formación para funcionarios del HSP. • Capacitación hacia los funcionarios, enmarcada en un presupuesto anual y con ejecución de una programación específica. (PAC). • Mantener el vínculo con exfuncionarios para aprovechar su experiencia, asesorías, etc. • Fortalecimiento de estrategias de gestión de personas por competencia. • Trabajo con la DSS para incentivar la capacitación y generar mesas de trabajo para mejorar la carrera funcionaria. • Existencia de estrategias de educación y becas que especialicen a médicos, instando el retorno hacia el hospital.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 22	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Tecnología, Innovación y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por renovar e integrar los sistemas de información tanto clínicos como administrativos (HIS y ERP) • Disponibilidad en el mercado de nuevas tecnología e innovación en salud.
Participación Social y Satisfacción Usuaría	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad ética y social que se le asigna al Hospital por la comunidad. • Oportunidad de visibilizar del trabajo institucional del hospital (Medios de comunicación, Redes Sociales, etc). • Ubicación geográfica accesible para la comunidad. • Aumento de la participación de la comunidad en el establecimiento.

AMENAZAS	
Gestión Organizacional y Procesos Transversales	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas generaciones tienen poca tolerancia a la frustración, escasa adaptabilidad y quieren obtener todo de manera inmediata. • Infraestructura vial deficiente. • Desastres naturales, pandemias, que afectan funcionamiento normal de la institución. • Políticas públicas centralizadas, que no se condice con la realidad local. • Lentitud de los procesos a Nivel Central (asignación de presupuesto, cambios en políticas de salud, escasa retroalimentación desde Nivel Central en cuanto a procesos nuevos implementados, entre otros). • Implementación de estrategias, sin aporte de presupuesto y/o RR.HH desde Nivel Central. • Escasa comunicación y coordinación con APS. • Mala conectividad en la región y a nivel interregional. • Inestabilidad política país. • Deficiente trabajo en Red (escasa o nula cooperación entre establecimientos de esta para dar resolución a necesidades de salud de la población).
Gestión Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Estacionalidad y cambios epidemiológicos. • Alto número de población flotante por ser región turística. • Déficit de centros de atención de salud privada, lo que nos sobrecarga con atenciones de pacientes que no son nuestros beneficiarios. • Alta crecimiento poblacional que el Hospital no alcanza a suplir (capacidad instalada insuficiente) • Aumento de las patologías de salud mental adulto/ pediátrico. • Escasa Resolutividad de los dispositivos de la Red Asistencial (APS). • Variación en la incidencia, prevalencia y severidad de las patologías de la población.
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad económica país. • Presupuesto insuficiente. • Restricción presupuestaria. • Asignación de recursos de manera inoportuna, sin un escenario claro en fechas y monto anual, dependiendo de factores externos.
Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de logística para acceder a repuestos específicos a equipos médicos. • Falta de especialistas en mantención de equipos críticos a nivel país.
Gestión de las Personas	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha de personal no resuelta. • Falta de especialistas suficientes en la red. • Reducción de personal honorario suma alzada por indicación ministerial.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 23	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de respaldo para capacitación de estamentos de Ley no médica. • Alto costo en la formación de especialización de posgrado. • Escaso avance en carrera funcionaria.
Tecnología, Innovación y Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa o nula asignación de recursos para desarrollo e implementación de nuevas tecnologías. • Lentitud en el recambio de equipos computacionales, sistema de compra centralizado que enlentece mucho más el proceso.
Participación Social y Satisfacción Usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de la Comunidad para comprender la organización y funcionamiento del hospital.

7. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos son las metas que se propone alcanzar una organización a largo plazo, como resultado de seguir una o múltiples estrategias acorde con su situación presente, la misión y visión declaradas. Estos permiten orientar la actuación y la toma de decisiones en la Institución.

Para el periodo 2023-2027 nuestro establecimiento a definido 5 Objetivos Estratégicos, que dan cuenta de la Misión declarada para este nuevo periodo y hacia dónde queremos ir y llegar a ser como organización en este periodo previo y de preparación para la Normalización Hospitalaria.

7.1. Transitar para llegar a ser un hospital de excelencia en atención en salud:

Definición: Optimizar la gestión de los diferentes procesos institucionales, como una estrategia que vele por otorgar una atención oportuna, de calidad (tanto médica como tecnológica), segura y humanizada, centrada siempre en las necesidades particulares e individuales de cada usuario.

Factores que favorecen la excelencia asistencial:

- *Eficiencia y coordinación en los diferentes Niveles de atención.*
- *Acreditación Hospitalaria.*
- *Satisfacción de los usuarios.*
- *Accesibilidad y continuidad asistencial.*
- *Tecnología de punta e innovación.*
- *Personal comprometido y motivado.*
- *Gestión de la información.*
- *Impulsar el uso de Evidencia Científica y Análisis de datos.*
- *Garantizar una Infraestructura adecuada, cómoda y agradable.*
- *Sustentabilidad financiera.*

7.2. Fomentar en los equipos clínico-operativos la entrega de un Servicio de Calidad:

Definición: Velar por la Implementación de una cultura de trabajo basada en procesos, que permita otorgar prestaciones de salud, bajo estándares de calidad y seguridad basada en la mejora continua y centrada en el usuario, en concordancia al marco regulatorio vigente establecido por el Ministerio de Salud.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 24	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

Los procesos de acreditación de prestadores, autorización sanitaria, programas de infecciones asociadas a la atención de salud, definen o establecen, los requisitos mínimos de cumplimiento que debe tener nuestra institución para cumplir con la normativa vigente. Esto último, no excluye que cada unidad o servicio dentro del hospital pueda tener su propio proceso de mejora continua en pro de un servicio de calidad.

7.3. Potenciar el desarrollo e incorporación de Especialistas

Definición: Potenciar la formación y llegada de nuevos médicos especialistas y subespecialistas a nuestro hospital.

Lo anterior para posibilitar una atención oportuna y de calidad, en un contexto sociopolítico exigente y complejo, con una ciudadanía cada vez más empoderada y organizada; así como responder a los cambios epidemiológicos y demográficos de nuestra sociedad, que exige una respuesta integral las necesidades de salud, para enfrentar los efectos del envejecimiento, predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, la ultra especialización de la medicina actual, todo esto en un marco de un sistema de derechos garantizados de salud.

La brecha de profesionales médicos existente en el sistema público de salud en el año 2018, la cual, arrojó que el sistema nacional necesitará de 5.969 médicos especialistas al año 2030 (MEDWAVE,2019), así como también a la realidad local de la Región de Coquimbo, la cual de acuerdo con los estudios de brecha realizados por la normalización de diferentes establecimientos de la red, indicaron que al año 2018 se necesitaban 694 médicos especialistas para satisfacer la demanda proyectada de atención de la población residente. En nuestro hospital el mismo estudio determinó una brecha de 116 cargos de la ley 15.076 y para la ley 19.664 de 155 cargos de 44 hrs, para la puesta en marcha del nuevo hospital.

Un estudio del Instituto de Métricas y Evaluación de Salud de la Universidad de Washington, dado a conocer en mayo de 2021 por The Lancet, calculó la cantidad de profesionales de la salud a nivel mundial, incluyendo a Chile, donde identificó un déficit de 6,4 médicos por cada 10.000 habitantes; es decir, la carencia de un total de 11.728 doctores en nuestro territorio nacional. La tasa nacional es de 2,25 especialistas por 1.000 habitantes.

7.4. Potenciar el desarrollo y cuidado del Capital Humano

Definición: Fomentar el talento humano, mediante la gestión del conocimiento e implementación del nuevo modelo de gestión por competencias, que nos permite contar con funcionarios capacitados tanto en lo técnico como en lo humano, que les permita desempeñar de la mejor forma posible sus funciones de acuerdo a lo requerido por la institución.

Para que el proceso de salud cumpla con los requisitos de efectividad o resolutivez, eficiencia y calidad, se debe procurar crear estrategias para añadir valor a las personas, entre las estrategias que fundamenten la materialización del eje se encuentran las siguientes:

- *Creación de estrategias centradas en las personas.*
- *Inserción de un Enfoque biopsicosocial.*
- *Promover la vocación por el servicio público.*
- *Aplicar Metodológicamente la Gestión por competencias.*
- *Reconocer el Ciclo de vida laboral.*
- *Promoción a las buenas prácticas y el sentido de pertenencia.*

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 25	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

- *Fortalecer la Inducción, formación y capacitación.*
- *Establecimiento de lineamientos de Diversidad, Equidad e Inclusión.*
- *Propiciar la adaptabilidad a los cambios en funcionarios.*
- *Cambios orientados hacia el usuario.*

7.5. Mejorar la gestión de la información:

Definición: Mejorar la oportunidad, calidad y eficiencia en las prestaciones de salud mediante la implementación de metodologías y actividades relacionadas a la gestión de información.

El desafío de estar ad- portas de transformarnos en un Hospital Normalizado, nos impulsa a comenzar desde ya con esta transformación y migración a ser un “hospital inteligente”, tal como se describe en el Plan de Gestión del Cambio validado por MINSAL.

Como Institución tenemos como prioridad contar con un sistema integrado de información hospitalario que considere el ámbito clínico como de apoyo logístico y administrativo.

Estrategias o aspectos importantes a considerar para el cumplimiento de este objetivo:

- *Análisis, Desarrollo, Implementación e Integración.*
- *Investigación, Desarrollo e Innovación.*
- *Control a través del registro.*
- *Información a usuarios y funcionarios.*
- *Experiencia hospitalaria a través de medios tecnológicos.*
- *Acercar la atención de especialistas a los territorios.*

8. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Las políticas Institucionales son acciones o estrategias que serán definidas por la institución que faciliten el logro de los objetivos establecidos, con el fin de cumplir la misión definida previamente y así trabajar en el logro de la visión de nuestra institución.

De acuerdo con lo antes descrito nuestro establecimiento a orientado las políticas institucionales para el periodo 2023- 2027 de la siguiente manera:

1. Gestión organizacional y de desarrollo.
2. Gestión de Calidad.
3. Gestión y desarrollo de las Personas.
4. Gestión de la participación y satisfacción usuaria.
5. Gestión de procesos clínicos y de apoyo.
6. Planificación y Control de Gestión.
7. Gestión de recursos financieros y físicos.
8. Auditoría Interna.

8.1. GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y DE DESARROLLO:

La gestión organizacional y desarrollo institucional estará centrada en consolidar una estructura organizacional y funcional acorde al modelo de gestión de atención Integral en Salud. Debe ser dinámica y ajustada a los requerimientos de la institución y la Red Asistencial. Ella está basada en unidades de gestión clínica, administrativa y de apoyo, las que, estructuradas bajo los

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 26	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

cuatro macroprocesos hospitalarios (estratégicos, operativos, de apoyo y de control) permiten dar respuesta a los objetivos institucionales y ministeriales de manera efectiva, eficiente y eficaz; instruyendo y/o complementando, a su vez, las políticas transversales de Satisfacción y Participación usuaria y ciudadana, Gestión de la Calidad y Seguridad, el Control de Gestión y Eficiencia Hospitalaria, Gestión de Recursos Físicos y Financieros, entre otras. Nuestro establecimiento abordará esta política desde los siguientes ámbitos de acción:

- Actualización de Organigrama de la Institución en el contexto del nuevo Modelo de Gestión, implementación de Polos de desarrollo y Apertura de Cartera de nuevas prestaciones o servicios.
- Actualización de los Manuales de Organización Interna de las Unidades de Gestión y Manuales de Procedimientos del establecimiento, de acuerdo a su estructura organizacional.
- Fomentar estrategias y políticas de docencia e investigación con Centros de Educación Acreditados, en convenio.
- Gestión de brecha de especialistas existentes en el establecimiento, mediante acciones como el mantener actualizado el estudio de brechas de especialistas y subespecialistas, Participación en Conjunto con la Dirección de Servicio de Salud en Plan Becas Coquimbo, Potenciar la formación de Subespecialistas, Creación de polos desarrollo e innovación, entre otros.
- Implantar y consolidar la Investigación, Innovación y el desarrollo de nuevas tecnologías en los procesos hospitalarios.
- Seguimiento, monitoreo y apoyo como referentes técnicos en el proceso de Normalización hospitalaria, en especial en la etapa de diseño y construcción del nuevo establecimiento.
- Iniciar, acompañar y apoyar proceso de Gestión del cambio institucional en el tránsito hacia el nuevo hospital de Coquimbo, priorizando la gestión de cambios en la cultura organizacional y la funcionalidad, realizando levantamiento y ajuste de procesos clínicos y administrativos enfocados en la Cartera de Servicios proyectada y los Polos de Desarrollo.

8.2. GESTIÓN DE CALIDAD:

El desarrollo de la gestión de la calidad en las Instituciones de Salud implica organizar y estructurar el trabajo para cumplir los logros colectivos de la organización de una manera efectiva y segura. Ésta marca la dirección que debe tener la organización en materia de Calidad en Salud y al definirla, el Hospital realiza la declaración formal de los principios generales de la organización para esta área. La Política, se elabora con el fin de que tenga aplicación a largo plazo y guíe el desarrollo de normas o criterios más específicos.

Como organización sanitaria, el Hospital San Pablo define la Política de Calidad de la siguiente manera: ***“Otorgar prestaciones de salud, bajo estándares de calidad y seguridad basada en la mejora continua de los procesos y centrada en el usuario, en concordancia al marco regulatorio vigente establecido por el Ministerio de Salud”***.

El responsable de definir y velar por el cumplimiento de la política de calidad del Establecimiento, será el Equipo Directivo, mientras que el responsable de la supervigilancia del cumplimiento de la normativa vigente, será el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente,

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 27	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

por medio de los lineamientos que monitorean y supervisan las distintas unidades que la componen: Unidad de Acreditación de Prestadores, Unidad de Gestión del Riesgo Asistencial y Tecnovigilancia, Unidad de Autorización Sanitaria, Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Programa de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

La Política de Calidad definida por el Equipo Directivo, del Hospital San Pablo de Coquimbo, se basa, o debe ser estructurada, en los siguientes pilares:

- Centrada en las personas.
- Promoviendo las competencias del recurso humano.
- Instaurando como metodología de trabajo, la gestión asistencial basada en los procesos.
- Basado en la mejora continua de los procesos asistenciales.
- Gestionando el riesgo asistencial.
- Concordante con las directrices ministeriales.
- Acorde a la última evidencia científica disponible.

Para conseguir el desarrollo y la operativización de esta Política como parte del Modelo de Gestión de la institución se establecen como principales estrategias:

- Elaboración de un programa de calidad institucional anual, que incorpore un sistema de evaluación de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes
- Análisis de los resultados obtenidos según lo establecido en programa de calidad anual.
- Definición de metas de calidad anual por Servicio Clínico y Unidades de Apoyo.
- Implementación de planes de intervención para la mejora continua de los procesos, según brechas detectadas.
- Capacitación permanente del Recurso Humano.
- Incorporación de los aspectos relevantes de gestión del cambio y del periodo de transición hospitalaria, manteniendo y asegurando a su vez, los aspectos más significativos de Calidad y Seguridad de la Atención, en el nuevo hospital.

8.3. GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS:

La Política de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital San Pablo de Coquimbo está orientada a la aplicación de estrategias y prácticas centradas en su activo más valioso, las personas, entendidas desde una perspectiva integral y con base en un enfoque biopsicosocial. La gestión y desarrollo de las personas buscará promover en cada uno de sus procesos, los valores institucionales y la vocación por el servicio público, fortaleciendo las competencias técnicas, transversales, profesionales y personales durante todo el ciclo de vida laboral.

Los procesos claves serán: reclutar, seleccionar, capacitar y desarrollar competencias, cuidar y promover la salud funcionaria, garantizar espacios seguros de trabajo, generar compromiso organizacional a través del reconocimiento de las buenas prácticas laborales individuales e institucionales, promover ambientes de trabajo saludables y seguros, minimizar las brechas de dotación de personal, orientar el trabajo hacia la conciliación del trabajo, familia y persona, promover una cultura de equidad e inclusión, así como mantener un trabajo coordinado con los representantes gremiales y otras organizaciones de funcionarios, tales como teatro, fundaciones, organizaciones deportivas, conjunto folclórico, etc., como parte importante de la representación funcionaria. De esta manera, buscaremos maximizar el rendimiento y el bienestar integral de los funcionarios en su espacio laboral, reconociendo a su vez, las complejidades y

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 28	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

demandas específicas del trabajo en un contexto tan específico como es un establecimiento de salud de alta complejidad.

Los principales ámbitos donde se enfocará el trabajo a realizar en el periodo 2023- 2027 son los siguientes:

8.3.1 Reclutamiento, Selección y Desvinculación de las personas:

El Modelo de Gestión por Excelencia para la gestión de personas fue cambiada por el nuevo modelo o metodología de gestión por competencias, incorporando al ciclo de vida laboral y a los procesos de reclutamiento, selección y desvinculación, las competencias transversales y específicas que deben tener las personas para sus puestos de trabajo. Esto último, requerirá la elaboración de los perfiles de cargo de acuerdo al nuevo diccionario existente en relación a este tema, elaborado por la Dirección de Servicio Civil.

Los procesos de reclutamiento y selección de personal se realizan de acuerdo a la normativa vigente y en función de lo definido de manera local. Durante el proceso de primera incorporación de funcionarios, se aplicará un programa de inducción definido por el establecimiento, con temáticas generales y relevantes de la organización, con el objetivo de entregar conocimientos normativos y prácticos para conocer y comprender en contexto, la institucionalidad y el/los objetivo(s) de nuestro hospital.

La desvinculación del personal se realizará en el marco del Código de Buenas Prácticas Laborales, promoviendo el buen trato y respeto a la dignidad de las personas, destacando que, si bien existen diversos tipos de “desvinculación”, la Subdirección de Gestión de las personas trabajará con aquellos funcionarios próximos a acogerse a retiro, a los cuales se les brindará acompañamiento y preparación para dicha acción. En los casos de desvinculación por término de contrato, ésta se realizará con objetividad, incluyendo los fundamentos pertinentes y la formalidad que requiere el proceso (en función a lo definido de manera interna y lo normativo, respectivamente).

8.3.2 Formación y Capacitación funcionaria:

Se potenciará el desarrollo de competencias laborales transversales y específicas en los funcionarios, asegurando la pertinencia y satisfacción de las necesidades de la institución según las exigencias de los usuarios, a través de la institucionalización de la capacitación continua y permanente para el Recurso Humano, en el contexto de la incorporación de gestión por competencias. El levantamiento de necesidades de capacitación se realizará mediante una metodología de trabajo colaborativo entre la Unidad de Capacitación y las Jefaturas de Servicios y Unidades del Establecimiento, buscando una participación más activa de ellas en este proceso.

8.3.3 Dotación y Planificación:

Se determinarán las brechas cualitativas y cuantitativas del recurso humano, obteniendo información objetiva de la producción de acciones de salud y de uso de recursos asociados a su entrega, de manera que se pueda realizar una óptima organización y planificación del trabajo, en el contexto del proceso de Normalización Hospitalaria; considerando a su vez, además de la proyección para el Nuevo Hospital de Coquimbo, la implementación de programas, orientaciones, lineamientos estratégicos y nuevas prestaciones que puedan emanar desde MINSAL.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 29	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.3.4 Calidad de vida laboral:

Dentro de la política de gestión y desarrollo de las personas, uno de los ejes principales es la calidad de vida laboral, donde cada funcionario(a) se concibe como una persona integral que forma parte fundamental de la comunidad hospitalaria, es decir, nuestra prioridad es el bienestar del funcionario(a), desde una perspectiva biopsicosocial, considerando aspectos claves como el trabajo inter y multidisciplinario que permita el apoyo emocional con énfasis en psicoeducación, la promoción de un clima laboral saludable y el reconocimiento constante, ofreciendo a su vez, espacios para el desarrollo personal y profesional, promoviendo actividades de salud, esparcimiento, cultura y comunicación respetuosa, mantención de servicios educativos infantil en el lugar de trabajo y la colaboración estrecha y coordinada con la comunidad, con especial hincapié en convenios para funcionarios, operativos en salud, operativos sociales y actividades recreativas, promoviendo un sentido de pertenencia en la comunidad hospitalaria y en la labor diaria que cada funcionario(a) realiza.

Todos estos elementos, aunados de manera coherente y consistentes podrán contribuir en alcanzar una política integral de calidad de vida laboral que atienda las diversas dimensiones de la persona en su contexto laboral, en las que se incorporarán estrategias preventivas frente a potenciales conflictos laborales, buscando anticipar y abordar cualquier situación de manera proactiva y constructiva. Promoviendo un entorno de trabajo basado en las buenas prácticas laborales, que favorezca el bienestar integral y permanente de los funcionarios(as), así como contribuir al mejor desempeño y compromiso institucional.

8.3.5 Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental:

Se trabajará fortaleciendo este Subdepartamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo de nuestros funcionarios, implementando medidas preventivas y/o correctivas con el objeto a dar solución a las condiciones de riesgo existentes en el establecimiento, disminuyendo así las probabilidades de que los funcionarios sufran un accidente y/o desarrollen enfermedades profesionales, promoviendo el desarrollo de las tareas habituales en un ambiente limpio y seguro, que permitan minimizar los riesgos químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en los lugares de trabajo. Además iniciar un camino hacia una cultura de trabajo amigable con el medio ambiente según lo declarado en los ejes estratégicos de salud al año 2030.

8.3.6 Gestión del cambio y Desarrollo de Personas:

En el marco de Normalización Hospitalaria se reconoce a las personas como un factor significativo y de alta importancia, siendo el foco principal de la gestión del cambio, ya que la implementación exitosa de cualquier cambio en una organización suele requerir compromiso, adaptación y la capacitación de los funcionarios. Además de lo antes descrito se debe contar con una planificación eficaz, para tener éxito la implementación de las estrategias de gestión del cambio, transición hospitalaria y el traslado hacia el nuevo Hospital de Coquimbo.

8.4. GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN USUARIA:

En el Hospital San Pablo de Coquimbo valoramos a los usuarios y a sus acompañantes, reconociendo al usuario como sujeto de derechos y deberes, con conocimientos y experiencias que les permiten participar activamente en su propio cuidado y en el de sus familias durante los

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 30	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

diversos procesos de atención que estos requieran. Asimismo, nos comprometemos con facilitar canales de comunicación para que la comunidad pueda presentar sus necesidades, ya sea de manera individual o colectiva, a la Dirección y a los equipos de trabajo del Hospital, así como los flujos de información relevantes.

Durante el proceso de atención, ofrecemos a nuestros usuarios y sus familias un trato cordial y de respeto, creando un ambiente que fomente la colaboración y la empatía mediante una comunicación abierta y comprensiva. Las necesidades individuales de cada paciente, relacionados con sus determinantes sociales y además colectivas, son el centro de la atención de salud, por lo que promoveremos la sensibilidad hacia la diversidad cultural y la humanización de la salud, respetando las diferentes creencias y valores de quienes confían en nuestras prestaciones.

En relación a lo anterior se destacan tres aspectos fundamentales a implementar con el fin de propiciar una política de satisfacción usuaria eficaz para el periodo propuesto:

8.4.1 Participación Social:

Actualmente en salud se busca involucrar a la población en la planificación y evaluación de estrategias de salud, así como en la identificación de necesidades y prioridades de la comunidad. Esto se puede llevar a cabo a través de diversos mecanismos, como consejos de participación ciudadana, mesas de diálogo, encuestas, focus groups y otros métodos participativos. La implementación de este lineamiento institucional estará centrado en las siguientes bases:

- Fomentar la participación ciudadana, mediante un trabajo planificado y colaborativo con el Consejo Consultivo y representantes de la Sociedad Civil.
- Elaborar planes anuales de actividades de participación social, creados de manera colaborativa entre representantes de la comunidad hospitalaria y de nuestros usuarios, que involucren acciones transversales y de diversas unidades hospitalarias.
- Comunicar al usuario, la comunidad hospitalaria y la sociedad civil respecto de los planes de participación del hospital e instancias de intervención.
- Coordinar y articular con la Red Asistencial, los planes, programas y mejoras, fortaleciendo la comunicación con la dirección de servicio de salud y organismos relacionados, promoviendo la participación en red de proyectos, actividades y acciones para el usuario y la comunidad.
- Incorporar la participación activa de los pueblos originarios en la formulación y evaluación de los Planes de Salud Intercultural en el Hospital y en la Red (Programa PESPI).
- Incorporar oportunamente los planes y estrategias ministeriales que permitan una mayor participación y satisfacción del usuario.
- Ampliar la presencia del hospital en la comuna, incorporando otras instancias de participación y de relaciones con organizaciones de la sociedad civil de la comuna y región, para informar y crear alianzas estratégicas que permitan desarrollar iniciativas y estrategias, que tengan impacto en la salud de las personas y la comunidad o que persigan la mejora continua de la atención.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 31	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.4.2 Satisfacción Usuaría:

Se refiere a la percepción y evaluación que los usuarios tienen respecto a los servicios de salud y a la atención médica que reciben. El Hospital recoge datos y antecedentes de satisfacción para ajustar sus prácticas y políticas, garantizando así una atención más centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades. Dentro de las principales áreas que impactan en mejorar la satisfacción tenemos el acceso oportuno a servicios y prestaciones, la calidad de la atención, la infraestructura y los espacios, el acceso a información oportuna y acorde a solicitudes, el buen trato, la privacidad y confidencialidad de la atención de salud, entre otros. El hospital abordará este lineamiento de trabajo con la implementación de estrategias centradas en:

- Retroalimentación permanente de la comunidad hospitalaria respecto a la atención de salud y los servicios entregados.
- Favorecer la inclusión de la población con necesidades de salud.
- La humanización en la atención en salud, permitiendo generar relaciones interpersonales afectivas, basadas en la confianza y empatía, en donde se propicie un clima de trabajo y atención agradable, promoviendo una comunicación efectiva, propiciando así el desarrollo de una relación auténtica y humana.
- Acoger los requerimientos de OIRS como una herramienta complementaria de participación ciudadana y satisfacción usuaria, la que permite la identificación de problemáticas como insumos necesarios para el desarrollo y la mejora continua.
- Consolidar sistemas de comunicación efectivos, presenciales y remotos en las áreas administrativas y ambulatorias del Hospital de Coquimbo. En donde el usuario disponga de mecanismos de información y resolución de consultas, dudas y/o problemas respecto de los procesos de atención propios o de familiares, facilitando el contacto oportuno con áreas correspondientes.
- Garantizar el cumplimiento de la entrega de información clínica al familiar y consolidar la información relacionada con su proceso de atención al familiar y personas significativas de pacientes hospitalizados, adultos y pediátricos, a través de la comunicación entre los familiares y los funcionarios; siendo la atención, el registro y el acceso de familiares por Visitas, Acompañamientos y Entrevistas con integrantes de los equipos clínicos, educacionales, de Acompañamiento Religioso, los pilares fundamentales de facto. Los canales o sistemas de información serán por ende un sustento fundamental, siendo provistos no sólo a través de sistemas, sino que también a través de personas (Trabajo Social, Voluntariados: Damas de Rosado, Calipso, Lila, Blanco, Café, Orientadores, entre otros).
- Incorporar al usuario y la comunidad a través de comités locales de trabajo incluyendo materias y aspectos relevantes para la mejora de la atención de salud y la satisfacción del usuario.

8.4.3 Gestión del Cambio y Transición Usuaría:

El periodo 2023-2027 marca un hito histórico en la atención de salud a usuarios y familias del Hospital San Pablo, el cual se centra en el Proyecto de Normalización Hospitalaria que implica la construcción de un nuevo recinto hospitalario ubicado en el eje de cisternas con la cantera en la Ciudad de Coquimbo, donde es de suma importancia que la comunidad sea partícipe de este hito a través de la participación.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 32	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

El lineamiento de transición usuaria se centrará en la comunicación, la que deberá ser vista como elemento primordial en la gestión del cambio inserto en la política de participación y satisfacción usuaria. La dirección comunicacional y participativa deberá estar enfocada por tanto en crear instancias de participación y difusión informativa de la nueva infraestructura y sus equipos, las nuevas especialidades y prestaciones de salud provistas, el acceso de atención de salud con los procesos y flujos asociados, entre otros factores de incidencia en la atención de los usuarios y sus familias; priorizando las orientaciones y directrices ministeriales vigentes a la fecha y/o que se puedan establecer durante el periodo en el que se extienda la presente planificación.

8.5. GESTIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS Y DE APOYO:

La Gestión en Salud es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, el que es liderado y conducido por el director del Establecimiento, el Equipo Directivo y en general, por los jefes de Servicios Clínicos y de Apoyo. En el área de gestión clínica el trabajo se orienta a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se ejecuten de manera efectiva, coordinada y organizada entre los diferentes actores involucrados en el proceso.

El Hospital San Pablo de Coquimbo como integrante de la Red Asistencial Coquimbo cumple un rol fundamental al ser uno de los tres Establecimientos Autogestionados de la región, contando con especialidades médicas de derivación regional y supra regional, ofertando alta complejidad y resolutivez a los usuarios que ingresan a la Red y que son derivados desde los distintos niveles de complejidad y resolución. En relación a lo antes descrito los lineamientos de la gestión clínica en el establecimiento serán:

- Lograr **efectividad** en el trabajo realizado, definido como el ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica de nuestra labor.
- Ser **eficientes** en la resolución de los problemas de nuestros usuarios, ocupando información científica disponible y actualizada, que a su vez haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad.
- Entregar atención de salud con **eficiencia**, es decir, disminuir al mínimo los riesgos, inconvenientes y costos para el usuario y la comunidad.

El Establecimiento abordará la gestión clínica desde un punto de vista donde se brinde una atención de salud **integral, humanizada y centrada en las necesidades individuales de nuestros usuarios**, y en el contexto de pertenecer a una Red Asistencial Integrada, centrando su trabajo en la mitigación de brechas a un hospital normalizado y de la creciente demanda durante la transición al nuevo recinto hospitalario. Haciendo énfasis especialmente en los macroprocesos asistenciales declarados en el modelo de gestión proyectado al año 2030, de acuerdo a la red electiva de atención:

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 33	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.5.1 Gestión de la Atención Ambulatoria:

Área asistencial del Hospital de nivel resolutivo intermedio entre la APS y Atención Cerrada, este nivel de atención apunta al diagnóstico y al tratamiento ambulatorio, siendo las Consultas de Especialidades Médicas y No Médicas, parte del Consultorio Adosado de Especialidades y los Servicios de Apoyo, que como lo indica su nombre, son servicios que permiten profundizar y complementar diagnósticos, estudio y tratamientos. En ese sentido el establecimiento fortalecerá la Gestión de Atención Ambulatoria en los siguientes puntos:

- Disminuir los tiempos de espera para Consultas Nuevas de Especialidades Médicas y Odontológicas, Intervenciones Quirúrgicas Electivas y Procedimientos Ambulatorios, propendiendo a otorgar una atención oportuna y de calidad.
- Velar por la oportuna entrega de prestaciones de salud de la Cartera de Servicios de atención ambulatoria, en el contexto del Rediseño de la Red Asistencial.
- Gestionar la demanda y la oferta de prestaciones, interrelación y flujos de derivación y contra derivación con Atención Primaria y otros establecimientos de la Red Asistencial.
- Gestionar con la DSS Coquimbo, la revisión y actualización de los protocolos de referencia y contrarreferencia, en el contexto del Rediseño de la Red Asistencial.
- Planificación y Programación de las actividades clínicas de todos los profesionales de atención ambulatoria (tanto de consultas como procedimientos diagnósticos y terapéuticos) considerando la demanda y la oferta del establecimiento.
- Avanzar en el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías, específicamente en el uso del RCE en CAE, integración de los distintos sistemas informáticos en uso no solo en el Establecimiento, sino que también en la red asistencial, entre otros, lo que favorecerá la interrelación de los datos, mejorará la comunicación y hará más efectivos los procesos ya existentes.
- Continuar con el trabajo de articulación de los procesos clínicos respecto a la coordinación con las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, que permita un acceso oportuno de los pacientes a consultas de profesionales, especialistas, exámenes y procedimientos ambulatorios, oportunidad y completitud en el despacho de fármacos prescritos, entre otros. Además, manteniendo, la coordinación con atención cerrada y UEH para cubrir la demanda de exámenes y procedimientos de dichas áreas.
- Incorporación de nuevas técnicas de estudio diagnóstico, terapéuticas e imagenológicas, que favorezcan la resolución oportuna y efectiva de las necesidades de salud de nuestros usuarios.
- Optimizar la eficiencia de los procesos clínicos, mediante la creación y actualización de Manuales de Procedimientos del área ambulatoria y de las unidades de apoyo.
- Actualización y/o elaboración de Manuales de Organización, en relación a nueva metodología de “Gestión por Competencias”.
- Fortalecer, integrar y regularizar los dispositivos externos ambulatorios de Salud Mental.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 34	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.5.2 Gestión de la Atención Cerrada:

En el contexto de la Red Asistencial regional, el hospital de Coquimbo cumple el rol de Establecimiento de Alta Complejidad, tenemos un perfil de alta complejidad de los pacientes y prestaciones requeridas, visualizando como uno de los Peso GRD Medio más alto de los establecimientos de la Red. En ese sentido, el establecimiento se ha transformado en un hospital de pacientes agudos y críticos, con alto grado de consumo de recursos.

En atención cerrada se seguirá trabajando en optimizar el proceso de hospitalización, que favorezca la oportunidad de acceso a una cama de hospitalización a todo paciente que así lo requiera, las estrategias estarán centradas en:

- Identificar los nodos y planes de mejora con el fin de disminuir los tiempos de espera de atención en Unidad de Emergencia Hospitalaria (en adelante, UEH), así como los tiempos de espera para acceder a una cama de dotación del Hospital para pacientes desde UEH con indicación de hospitalización.
- Mantener y fortalecer la Hospitalización Domiciliaria, incorporando a la estrategia pacientes pediátricos, si la situación epidemiológica así lo requiere.
- Disminuir las Estancias Prolongadas en aquellas unidades o servicios con IEMA >1 (nodos críticos, socializar con equipos clínico operativos la gestión del alta, etc.).
- Creación y validación de figura de Médico Gestor Clínico.
- Desarrollo, habilitación e implementación de Proyecto UPHI.
- Optimizar la eficiencia de los Procesos Clínicos, mediante la creación y actualización de Manuales de Procedimientos que establezcan y orienten los procesos a desarrollar.
- Desarrollo e Incorporación del Registro Clínico Electrónico al área de atención cerrada según planificación local
- Actualización y/o elaboración de Manuales de Organización, en relación a nueva metodología de “Gestión por Competencias”.

8.5.3 Gestión del Proceso Quirúrgico:

El Proceso quirúrgico se define como “el conjunto de actividades médicas, clínicas y administrativas que se llevan a cabo en el Servicio de Pabellón. Tiene como objetivo realizar la intervención quirúrgica, oportuna, eficiente y de calidad al usuario” (estandarización Procesos de Redes Asistenciales MINSAL).

Nuestro establecimiento fortalecerá este proceso en todas sus etapas, desde que se genera la solicitud de pabellón hasta que el paciente es dado de alta post Intervención Quirúrgica y se abordará de la siguiente manera:

- Fortalecer el proceso prequirúrgico mediante la formación de RR. HH capacitado y la disminución de brechas de Recursos Físicos.
- Estandarización de los procesos a través de la actualización de manuales de organización y de procedimientos de la unidad prequirúrgica, elaboración de un protocolo institucional que defina la clasificación de los criterios de priorización de pacientes para la resolución de LE Quirúrgica, tales como antigüedad, pérdida de funcionalidad o de calidad de vida, con

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 35	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

énfasis en la implementación de Orientaciones Técnicas emanadas desde MINSAL para efectos prácticos.

- Desarrollar e implementar un sistema informático para establecer y aplicar los criterios de priorización, definidos y validados por la institución, que permitan gestionar la LE para Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos, de una manera más eficiente y eficaz.
- Trabajar en coordinación con la Red en la integración del sistema de gestión de pabellón local (SAGHIX) con plataforma de DSS para ingreso de pacientes a LE (SIREC 4).
- Optimización de la ocupación de Quirófanos en horario institucional, redefiniendo la asignación de Tablas Quirúrgica (evolucionando de bloques asignados a la asignación de quirófanos según pacientes priorizados), Gestión de RR.HH necesario que permita mantener un funcionamiento continuo de Pabellón Central y UCA en horario institucional, entre otras.
- Implementación de un modelo de gestión centralizado de quirófanos de cirugía mayor electiva ambulatoria y no ambulatoria.
- Gestión oportuna de la reposición o adquisición de equipos requeridos para el adecuado funcionamiento de cada una de las etapas del proceso quirúrgico.
- Fortalecimiento del trabajo del Comité de Tabla Quirúrgica y de Producción Quirúrgica.

8.5.4 Gestión del Proceso de Urgencia

La complejidad de los pacientes consultantes y las derivaciones hacia la UEH del Hospital San Pablo ha aumentado, y se ha transformado en el principal nodo crítico de funcionalidad de la Unidad de Emergencia Hospitalaria, ya que demanda mayor cantidad de recursos, que junto con la brecha de camas para hospitalización y la escasa disponibilidad de estas para el ingreso de pacientes agudos y complejos arrojan como resultado un número no menor de pacientes permanentes o en tránsito en la Unidad.

Nuestro establecimiento impulsará este proceso en todas sus etapas, desde que se genera la demanda de atención hasta que el paciente egresa de la UEH independiente del destino que tenga. El desarrollo de esta política institucional tiene su fundamento empírico en el siguiente contexto organizacional:

- Implementación de sistema de categorización en UEH actualizado (ESI 2.0), según nueva normativa MINSAL.
- Gestión de estrategias que disminuyan el porcentaje de pacientes que hacen abandono del proceso de urgencia (análisis estadístico, nodos críticos, trabajo con red de urgencia).
- Mejorar los tiempos de resolución de las demandas de atención en UEH, según el estándar requerido por normativa, que permita dar mayor flujo a la atención de los usuarios que requieren atención.
- Participación activa de los referentes del Establecimiento en el Comité de Urgencia Regional.
- Avanzar en el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías, específicamente mejoras al DAU Electrónico y su integración con otros sistemas informáticos en uso en el establecimiento, lo que favorece a mejorar y hacer más efectivos los procesos ya existentes.
- Elaboración o actualización de Manuales de Organización, de Procedimientos o Guías Clínicas que favorezcan la eficiencia en la resolución de las demandas de atención.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 36	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.6. PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN:

La planeación o planificación consiste en fijar de la manera más concreta posible el curso de acción que se ha de seguir en una institución, estableciendo los principios que orientarán el trabajo, la secuencia de operaciones para realizarlo, determinar los tiempos y responsables necesarios para su realización. Por otro lado, la función de control posee una especial importancia en la vida de una organización ya que le permite determinar el desvío entre lo planeado y lo realizado, permitiendo a su vez corregir las acciones para el logro de los objetivos fijados.

El Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional será el responsable del controlar la gestión del establecimiento, en el ámbito del cumplimiento de indicadores de los diferentes procesos de evaluación que aplican al Hospital, excluyendo a aquellos referentes al proceso de acreditación (los que serán monitoreados por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente), incluirá el seguimiento y monitoreo de Indicadores definidos por la institución en la Planificación Estratégica y otros, como los adquiridos por el Director en el convenio firmado por su cargo de Alta Dirección Pública (ADP). Además, hará entrega de los insumos e información necesaria para la toma de decisiones mediante el reporte de información estadística, informes estándares de actividad GRD, Sistema de Costeo, entre otros.

El proceso de control de gestión no solo involucra el seguimiento y monitoreo de los diferentes indicadores, sino que además conlleva un arduo trabajo de análisis de la información, gestión y coordinación con los referentes con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los indicadores antes mencionados y metas establecidas para la institución o definidas localmente. Además, colabora y asesora a los responsables de los diferentes procesos en la definición de estrategias que permitan mejoras de estos, se realiza seguimiento de su implementación y el impacto generado, objetivado por el cumplimiento de las metas asignadas y en la percepción de la satisfacción del usuario. Nuestro establecimiento abordará esta política desde los siguientes ámbitos de acción:

8.6.1 Autogestión:

La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria, introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los Directores de estos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros. Esta misma Ley, establece los requisitos necesarios para obtener o mantener la calidad de establecimiento autogestionado en red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo reglamentado mediante el D.S. N°38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

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

Se trabajará con la elaboración de Planes Anuales de Actividades, derivados de la Planificación Estratégica y, que además incorporen acciones o actividades tendientes a dar

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 37	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

cumplimiento a los Indicadores de Autogestión, a la misma Planificación y a otros Procesos de Evaluación.

8.6.2 Metas Sanitarias:

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados al cumplimiento de compromisos institucionales que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile se encuentran las metas sanitarias, estipuladas en la Ley N°18.834 para profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares; metas de producción y calidad regidas por la ley N°20.707 que incentiva a los profesionales médicos que se desempeñan en sistema de turno (Ley 15.076); y por último, las metas de desempeño institucional vinculadas a los profesionales regidos por la Ley N°19.664.

El Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional realizará el seguimiento y monitoreo permanente de los diferentes indicadores asociados a este proceso de evaluación, manteniendo informado al Equipo Directivo, Gremios y referentes involucrados en el proceso respecto del cumplimiento de cada uno de los indicadores comprometidos. Será el ente coordinador del funcionamiento periódico del Comité Local de Metas existente en el establecimiento (definido por resolución), velando por que se desarrolle un trabajo colaborativo entre los representantes de los funcionarios y los representantes de la institución (referentes).

8.6.3 COMGES:

Los Compromisos de Gestión, son compromisos que adquiere el Hospital con la Dirección de Servicio de Salud y cada uno de ellos tiene un referente local, que es el responsable de la envío de la información en las fechas estipuladas.

El responsable de cada uno de los Compromisos de Gestión adquiridos o comprometidos por la Institución es el Equipo Directivo, por ende, cada subdirector deberá velar y definir en conjunto con los referentes de cada área comprometida las estrategias a implementar que permitan dar cumplimiento a cada una de las metas solicitadas. Para ello el Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional tendrá un rol colaborativo y de acompañamiento a las Subdirecciones y referentes de cada uno de los COMGES, en la elaboración de planes de trabajo, gestión en la implementación de actividades, entre otros.

8.6.4 Convenio Alta Dirección Pública:

El convenio de desempeño es un instrumento de gestión que orienta al alto directivo público a través de Servicio Civil, en el cumplimiento de los desafíos que le exige su cargo y que fija objetivos estratégicos de gestión por los cuales éste será retroalimentado y evaluado anualmente y al término de su período de desempeño. Es un instrumento que facilita la rendición de cuentas efectiva y transparente tanto al ministro del ramo o jefe superior de servicio, según corresponda, como a la ciudadanía.

El Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional, será el encargado de realizar el seguimiento de los Indicadores comprometidos en cada convenio suscrito por los directores mediante Alta Dirección Pública, se le retroalimentará de manera semestral respecto del cumplimiento y colaborará en la recopilación de los medios de verificación que deben ser presentados por el Directivo en cuestión al término de cada año de gestión.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 38	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

8.6.5 Planificación Estratégica:

La Planeación Estratégica es una **herramienta de gestión** que permite establecer el quehacer y el **camino que deben recorrer** las organizaciones para **alcanzar las metas previstas**, teniendo en cuenta los cambios y demandas que impone su entorno. En este sentido, es una herramienta fundamental para la toma de decisiones al interior de cualquier organización, por lo que la responsabilidad final de poder contar con una versión actualizada y por ende vigente son los líderes organizacionales, es decir, el Equipo Directivo. El seguimiento de esta y retroalimentación al director y subdirectores, estará a cargo del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.

La Planificación Estratégica es una planeación del trabajo organizacional a largo plazo (en nuestro caso 5 años), por lo que la forma de operativizar esto será mediante la elaboración, validación y socialización de Planes Anuales de Actividades de nuestro Hospital, derivados de los objetivos estratégicos y operacionales definidos en nuestra Planificación Estratégica, y de los planes y/o programas locales de acuerdo al funcionamiento interno hospitalario.

8.6.6 Análisis Clínico y Operacional:

El uso eficiente de recursos sanitarios permite que los pacientes reciban el mayor beneficio, utilizando la menor cantidad posible de recursos. El estudio de la eficiencia de los sistemas de salud y en particular de los hospitales de la red asistencial evalúa cómo utilizan los recursos disponibles (dinero, camas, recursos humanos, etc.) para producir productos de valor sanitario (consultas, cirugías, años de vida, calidad de vida, etc.)

Uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de SIGCOM fue crear un sistema de información que permita la medición de la eficiencia, la calidad de la prestación de los servicios, los resultados clínicos y los costos, con el objetivo fundamental de fortalecer la capacidad de toma de decisiones gerenciales, basada en la evidencia, en los diferentes niveles de gestión, dirección y rectoría de la red de servicios.

Este sistema de costos utiliza una metodología de costeo por absorción en el cual el establecimiento se organiza en varios centros de costos (CC) según la cartera de servicios que cuente. A su vez, los centros de costos se dividen entre los centros de costos finales y los de apoyo. Estos últimos, van traspasando sus costos mediante la producción que le brindan a otros CC. Estos costos se definen como “Costos Indirectos”, y sumándolos a los “Costos Directos” (recursos humanos, insumos y gastos generales) consolidando así en los centros de costos finales. El sistema permite, entre otras cosas, obtener costos unitarios por producción, asignación de recursos de apoyo (exámenes, etc.) a pacientes tanto de la atención abierta como cerrada.

La información por imputar es numerosa y bastante diversa. Se necesita crear buenos flujos de información y un trabajo transversal con los distintos servicios del hospital que entregarán al referente, o referentes, del Sistema de Costos, información que permitirá alimentar el sistema de costeo y así obtener resultados de calidad mediante los análisis adecuados. Además el Departamento es responsable de realizar proyectos de reposición y adquisición de equipos, incluyendo aquellos que requieren metodología EPH (estudio de pre- inversión hospitalaria), además de levantamiento o revisión de procesos internos Clínicos o administrativos y colaboramos en la generación de la matriz de riesgo hospitalaria.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 39	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

En general, el Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional monitorea la eficiencia hospitalaria, insumo requerido para la toma de decisiones por parte del equipo directivo hospitalario.

8.7. GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS:

La gestión de los recursos financieros y físicos de una institución de salud se centra en la proyección, distribución y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individual o colectivamente, con el objetivo de proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación). La eficiencia en el uso de los recursos disponibles en la actualidad representa un reto importante en el avance hacia el acceso y la cobertura universal de salud.

8.7.1 Recursos Físicos:

Los recursos físicos o materiales se refieren al inventario de activos productivos materiales que incluye entre otras cosas la infraestructura, vehículos y equipamiento. Administrar, gestionar y controlar la provisión de los recursos físicos y de servicios administrativos es de vital relevancia para garantizar la operatividad de la institución.

Para nuestro hospital los próximos 5 años serán una etapa de transición hacia el hospital normalizado, construido mediante la asociación público privada, donde deberemos transitar desde ser los responsables de la gestión y el buen funcionamiento de los recursos físicos, a ser la contraparte y el nexo del hospital con la empresa concesionaria. Por lo tanto, será de alta prioridad definir el modelo de gestión y de trabajo en el hospital concesionado de las dependencias que actualmente son los responsables de la gestión de los recursos físicos del establecimiento.

Considerando lo antes descrito en este periodo el hospital deberá trabajar en 2 áreas claves, las cuales dicen relación con favorecer la eficiencia, eficacia y productividad del Hospital previo al cambio, considerando los Equipos Médicos e Industriales como una herramienta fundamental y transversal en los diferentes Procesos del Establecimiento, mejorando el proceso de programación y ejecución de mantenencias preventivas de Equipos Médicos (críticos y relevantes), Ambulancias, Equipos Industriales e infraestructura del hospital, que incluya ámbitos técnicos, operativos y presupuestarios. La otra área que se debe trabajar es el levantamiento de los procesos del área de gestión operacional, el flujo de trabajo y la coordinación que se tendrá con la empresa concesionaria.

Durante el periodo de transición, la gestión de recursos físicos existentes debe concentrarse en:

- Contar con un catastro actualizado de la totalidad de equipos y ambulancias del establecimiento, que incluya el estado y vida útil residual.
- Contar con una programación anual de mantenencias preventivas que incluya a lo menos equipos (médicos e industriales), ambulancias e infraestructura. Esta programación debe considerar la frecuencia de las mantenencias y el presupuesto estimado para llevarlas a cabo. La planificación debe contener aspectos como los responsables de la gestión en la ejecución del plan de mantenimiento preventivo, inventario del equipamiento, clasificación de los equipos existentes en relación al mantenimiento preventivo y el seguimiento de la ejecución (programación y ejecución del presupuesto asignado para este fin).

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 40	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

- Avanzar en realizar o actualizar convenios para asegurar las mantenciones preventivas de los Equipo Médicos, Equipos Industriales e Infraestructura del hospital.
- Seguimiento de las mantenciones correctivas realizadas a los equipos del hospital, evaluando y gestionando la baja de los equipos de ser necesario.
- Velar por la reposición de equipos con vida útil caducada o en mal estado, o adquisición de ellos por apertura o ampliación de cartera de servicios.
- Definir la brecha de equipos para el hospital normalizado.
- Elaborar o actualizar los manuales de procedimientos y organizacionales de las diferentes unidades involucradas en la gestión de los recursos físicos.

8.7.2 Recursos Financieros:

A este tipo de recursos no solo se añade el factor monetario con el que cuenta el hospital, sino también aquello que garantice su liquidez y funcionamiento de manera anual (puesto que las asignaciones presupuestarias en el sector público son anuales). Nos referimos, por tanto, a la capacidad de financiamiento, las inversiones y acciones, las cuentas por cobrar, entre otros. Un buen manejo de los puntos antes descritos tendrá el poder de mantener al hospital funcionando.

El Establecimiento deberá velar por lograr el equilibrio y sustentabilidad financiera, trabajo que se enfocará principalmente en 3 áreas que engloban la gestión financiera del hospital.

9.7.2.1 Gestión del presupuesto hospitalario:

Las acciones que permitan planificar, dirigir y controlar los procesos contable-financieros, con el fin de adecuar según corresponda las asignaciones presupuestarias. Las siguientes acciones de manera general respaldan la gestión presupuestaria:

- Controlar y gestionar de manera eficiente los recursos financieros del Establecimiento, mediante el seguimiento y control de la ejecución presupuestaria del Hospital.
- Seguimiento y análisis del gasto ejecutado en relación a las estimaciones presupuestarias realizadas (Subtítulo 21 y 22).
- Seguimiento del saldo en cuentas corrientes del hospital.
- Gestionar y reducir el monto de las cuentas extrapresupuestarias de las que no se tiene respaldo.
- Control y gestión de los Documentos Tributarios recibidos en el establecimiento o en portal acepta (devengo oportuno o circularización de la deuda para aquellos).
- Mejorar el proceso de control de la trazabilidad de los documentos en garantía, entre otros.
- Incluir los controles financiero-contables según instruya el MINSAL y el Estado de Chile.

8.7.2.2 Gestión del proceso de adquisición:

Contexto específico del área logística, en la que se planifican, evalúan, y ejecutan alternativas de adquisición, incorporando los gastos a los subtítulos correspondientes de la glosa presupuestaria del año en curso.

- Optimizar y/o mejorar los procesos de compras, mediante la generación de un plan anual de compras para el Subtítulo 22, enmarcado dentro del presupuesto asignado al establecimiento y que a su vez permita mantener el buen funcionamiento de este, efectuando seguimiento de la ejecución y de las desviaciones que aparezcan.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 41	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

- Mantener vigentes los convenios de suministros de bienes y servicios con proveedores y, generar otros nuevos que favorezcan la gestión de los recursos.
- Realizar una programación Anual de intermediación con la central de abastecimiento (CENABAST).
- Realizar una programación de compras mensuales, teniendo como insumo el análisis periódico del consumo, recepciones y compras realizadas.
- Realizar las compras de insumos clínicos en base a la retroalimentación de los referentes técnicos (insumos de buena calidad, disminuyen las mermas y se optimiza el presupuesto del hospital).
- Para compras mayores a 100 UTM, la visación debe ser otorgada por el Comité de Adquisiciones.
- Evaluación económica previa para las solicitudes de incorporación de medicamentos al arsenal farmacológico y nuevos insumos de utilización de los servicios clínicos.
- Implementar metodologías para el control de stock y la proyección de recursos necesarios en función de las solicitudes de servicios clínicos.

8.7.2.3 Gestión del proceso de recaudación y cobranza:

Se concentra en dar cumplimiento a la normativa y legislación vigente en lo relacionado al cobro de prestaciones médicas otorgados a beneficiarios y no beneficiarios de la Ley, optimizando los procesos relacionados con la recaudación de ingresos propios del establecimiento y teniendo presente el cómo se trabajará desde esta área la normalización hospitalaria:

- Mantener actualizado el arancel de prestaciones a particulares.
- Optimizar la gestión y recuperación de recursos por conceptos de LM, centralizando esta labor en una sola unidad, considerando lo transversal del proceso y el número de unidades involucradas en él.
- Optimizar la gestión y recuperación de recursos por conceptos de prestaciones otorgadas a beneficiarios de la Ley 16.744 (accidentes laborales y escolares).
- Gestionar la solicitud de incobrabilidad de deuda del Establecimiento en los periodos establecidos para este fin.
- Gestionar la solicitud y procesos de otros ingresos hospitalarios por concepto de operaciones, ingresos corrientes, aportes fiscales, así como de recuperación de préstamos, definidos de acuerdo clasificación presupuestaria y definición ministerial.
- Ocupar los sistemas informáticos locales existentes como insumos que favorezcan el proceso de cobro y recaudación del establecimiento (acceso a información detallada de las prestaciones otorgadas).
- En el contexto de la normalización hospitalaria realizar una revisión de los procesos asociados a la recaudación y cobranza.

8.8. AUDITORÍA INTERNA:

La Auditoría Interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización, que tiene como misión analizar y optimizar los controles y el desempeño de la organización, identificando riesgos, desviaciones y puntos de mejora. De este modo, las instituciones se autoevalúan con el

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 42	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

objetivo de mejorar los procesos, basado en los hallazgos y conclusiones de la auditoría. El objetivo de la Auditoría es detectar los riesgos y posibles mejoras en los procesos auditados, con el fin de poder establecer en conjunto con las Unidades auditadas estrategias de mejora para dar cumplimiento a lo observado.

La Unidad de Auditoría Interna, es la que verifica que los procesos se lleven a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por el marco normativo que los regula (leyes, normas, instrucciones, etc.), de la Contraloría General de la República (CGR), Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), Ministerio de Salud, Servicio de Salud Coquimbo y Hospital San Pablo de Coquimbo, esta Unidad en sus diversas evaluaciones establece recomendaciones para aquellos hallazgos que presenten no conformidades respecto a la legislación vigente, para que se generen planes de acción necesarios, que garanticen un constante proceso de mejora, velando por un actuar enmarcado en los valores de transparencia, probidad y eficiencia, con el objeto de responder a la misión y visión institucional.

Para que una Auditoría Interna tenga los efectos deseados, es muy importante que el Equipo Directivo, Jefaturas y Encargados del Hospital de Coquimbo tengan claridad del rol que cumple Auditoría Interna en la Organización y la importancia del Control Interno y sus líneas de defensa.

Nuestro Hospital abordará esta política de Auditoría desde los siguientes ámbitos:

8.8.1 Plan Anual de Auditoría:

- Revisión de procesos en diferentes áreas de gestión, financiero- contables, clínicos, control de gestión, calidad, gestión de las personas, tecnologías de la información, entre otros, basados en la Matriz de Riesgos del Hospital y aplicando la Metodología propuesta por el Consejo de Auditoría Interna (DT 118/2022) basado en riesgos.
- Las auditorías previstas y definidas por el Programa Anual de Auditoría, por la Contraloría General de la República, El Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y/o Ministeriales.
- Asegurar que, en cada hallazgo informado en las auditorías realizadas, las Jefaturas de los Servicios o Unidades auditadas suscriban un compromiso que permita subsanar las debilidades detectadas.
- Realizar un seguimiento periódico de los compromisos suscritos y retroalimentar al Equipo Directivo y jefes de Servicios auditados, respecto al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

8.8.2 Ámbito de Gestión de los Procesos:

- Actualización de los protocolos en función de normativa vigente, así como el aseguramiento de la implementación de las funciones de auditoría y control interno.
- Lograr la acreditación de la Unidad de Auditoría Interna en el “Programa de Aseguramiento y Gestión de la Calidad para la Auditoría Interna en el Sector Público”.
- Incorporar la Gestión de Riesgos como herramienta de trabajo en el hospital, permitiendo minimizar los riesgos contenidos en el Mapa de Procesos, priorizando los riesgos críticos.

	HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023- 2027	Página 43	Versión 3.0	
		Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.		
		Fecha de Vigencia: Diciembre 2027		

- Incorporar en la institución las estrategias que permitan minimizar y prevenir los eventos considerados en la Unidad de Análisis Financiero (UAF) para Sistema de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos funcionarios (LA/FT/DF), integrándolas en el proceso de auditoría permanentemente.
- Evaluar y planificar el establecimiento de un sistema de control interno, a través de la implementación de la figura de control interno bajo el alero de auditoría interna, procurando la gestión de riesgos según estándar .

9. MAPA ESTRATEGICO HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO:

Eje Estratégico	Hospital de Excelencia	Servicio de Calidad	Alta Especialidad y Complejidad	Desarrollo de Personas	Gestión de la información
Usuarios	<p>Gestionar la demanda asistencial facilitando acceso y oportunidad de la atención</p> <p>Mejorar percepción de satisfacción usuaria</p> <p>Potenciar la participación de la comunidad</p>	<p>Asegurar la Atención del Paciente, de una manera oportuna, segura y digna</p>	<p>Potenciar polos de desarrollo</p>	<p>Adaptabilidad a los cambios Institucionales</p>	<p>Experiencia Hospitalaria</p> <p>Mejorar el acceso y entrega de Información a los usuarios</p>
Procesos Internos	<p>Incorporar la gestión del riesgo como herramienta de trabajo. (Matriz de riesgo)</p> <p>Coordinación entre Niveles de Atención</p>	<p>Mantener condición de Hospital Acreditado</p> <p>Fortalecer modelos y procesos de gestión clínica críticos</p>	<p>Disminución o cierre de Brecha de Especialistas</p>	<p>Implementar metodología de Gestión por Competencias</p> <p>Desarrollar política de Gestión de las Personas.</p>	<p>Impulsar el registro como medio de Control</p> <p>Desarrollar e Integrar Sistemas</p>
Aprendizaje y Desarrollo	<p>Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del Personal</p>	<p>Fomentar una cultura de trabajo enfocada en procesos.</p> <p>Fortalecer vínculo Paciente-Entorno</p>	<p>Incorporación de especialistas</p>	<p>Fortalecer Inducción, Formación y Capacitación</p> <p>Promover Buenas Prácticas y Sentido de pertenencia</p> <p>Promover cultura de respeto a la Diversidad, Equidad e Inclusión</p>	<p>Impulsar la Investigación e Innovación</p> <p>Gestionar eficazmente la Información de Salud</p>
Financiera	<p>Mejorar procesos críticos del área financiera (gestión presupuestaria, recaudación de ingresos propios , adquisición de bienes y servicios).</p> <p>Disponer de Infraestructura adecuada</p> <p>Modernizar equipo y equipamiento tecnológico</p>	<p>Disponición de medios: Insumos, Bienes y Servicios</p> <p>Disminuir los costos de una atención deficiente (no de calidad)</p>			<p>Contar con ERP y HIS</p>

10. OBJETIVOS , INDICADORES Y METAS:

Objetivo Estratégico N° 1: Transitar para llegar a ser un hospital de excelencia en atención de salud.													
Definición		Optimizar la gestión de los diferentes procesos institucionales, como una estrategia que vele por otorgar una atención oportuna, de calidad (tanto médica como tecnológica), segura y humanizada, centrada siempre en las necesidades particulares e individuales de cada usuario											
Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Consolidar una estructura organizacional y funcional acorde al modelo de gestión de atención Integral en Salud.	Revisión y actualización de la estructura organizacional del Establecimiento, en relación a la implementación de nuevos programas, ampliación o apertura de cartera de servicios, orientaciones ministeriales, entre otras	Revisión y Actualización de la cartera de prestaciones del hospital.	Director	Subdirección Gestión Clínica atención Cerrada, Ambulatoria y de Cuidado.	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Cartera de prestaciones actualizada y difundida.	Dicotómico	N/A	Si	N/A	N/A	Si
			Revisión y actualización de Organigrama.	Director	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Unidad de Análisis Clínico y Operacional.	Presencia de Organigrama actualizado.	Dicotómico	N/A	Si	N/A	N/A	Si
			Implementación de Polos de desarrollo y Apertura de Cartera de nuevas prestaciones o servicios.	Director	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefaturas de Servicio o Unidades del Establecimiento.	Solicitudes de ampliación o apertura de cartera presentadas a la DSS, en concordancia a la cartera de servicios Proyectada	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Consolidar una estructura organizacional y funcional acorde al modelo de gestión de atención Integral en Salud.	Revisión y actualización de la estructura organizacional del Establecimiento, en relación a la implementación de nuevos programas, ampliación o apertura de cartera de servicios, orientaciones ministeriales, entre otras.	Actualización de Manuales de Organización según organigrama vigente.	Director	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Unidad de Análisis Clínico y Operacional.	Catastro o banco de manuales de las diferentes áreas hospitalarias y vigencia de estos.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
				Director	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Unidad de Análisis Clínico y Operacional/ Selección y Reclutamiento.	Actualización de 2 Manuales de Organización por cada área de gestión del HSP.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
		Director	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Unidad de Planificación y Proyectos.	Planificación Estratégica actualizada.	Dicotómico	Si	Seg	Seg	Seg	Seg		
	Fortalecer vínculos de trabajo entre directivos y equipos clínicos.	Coordinación de reuniones y/o visitas periódicas del equipo directivo a servicios clínicos o unidades del hospital.	Planificación anual de visitas programadas o reuniones de Equipo Directivo a servicios clínicos o unidades del establecimiento.	Director	Subdirecciones	Servicios clínicos y/o unidades hospitalarias	Cronograma de visitas o reuniones programadas a servicios clínicos o unidades del establecimiento.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Auditoría Interna.	Implementar metodologías de gestión basadas en el control interno y así minimizar los riesgos institucionales	Incorporación de la Gestión de Riesgo como herramienta de trabajo, permitiendo priorizar los riesgos críticos	Actualización de Matriz de riesgo del establecimiento.	Director	Unidad de Auditoría / Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional / Comité de Riesgos	Jefatura Unidad de Análisis Clínico y Operacional / Unidad de Auditoría Interna	Matriz de Riesgo actualizada.	Dicotómico	N/A	Si	Act. Anual	Act. Anual	Act. Anual
			Implementación de un modelo de gestión de riesgos.	Director	Unidad de Auditoría / Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Comité de Riesgos / Jefatura Unidad de Auditoría	Hospital cuenta con modelo de gestión de riesgos protocolizado y normalizado.	Dicotómico	Dg y Ev	Si	Si	Si	Si
			Planificación y realización de auditorías en función de la matriz de riesgos.	Director	Comité de Riesgos / Unidad de Auditoría	Jefatura Unidad de Auditoría Interna.	Porcentaje de Auditorías Implementadas según Modelo de Gestión de Riesgos	(N° Total de Auditorías programadas por plan de control interno y gestión de riesgos / N° Total de Auditorías programadas en el establecimiento)*100	N/A	N/A	≥80%	≥80%	≥80%
			Fortalecer la gestión del riesgo con la incorporación de la figura de control interno hospitalario	Director	Unidad de Auditoría Interna / Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Comité de Riesgos / Unidad de Auditoría Interna	Organigrama actualizado con figura de control interno.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Auditoría Interna.	Implementar metodologías de gestión basadas en el control interno y así minimizar los riesgos institucionales	Minimizar los riesgos institucionales asociados LA, CFT y DF.	Establecer el procedimiento local con parámetros definidos según normativa vigente.	Director	Unidad de Auditoría Interna	Comité de Riesgos, Unidad de Auditoría	Procedimiento actualizado con resolución y difusión local	Dicotómico	N/A	Dg. y alcance	Si	Si	Si
Gestión de procesos clínicos y de apoyo.	Fortalecer la coordinación y comunicación con la red asistencial	Reuniones con establecimientos de la Red Asistencial y con la DSS en su rol de gestor de red.	Planificación anual de reuniones e intervenciones con gestor de red (propuesta local hacia el servicio de salud).	Director	Equipo Directivo	Subdirectores	Porcentaje de reuniones de coordinación con la Red Asistencial realizadas.	(N° de reuniones ejecutadas / N° reuniones planificadas por el establecimiento) *100	N/A	50%	60%	70%	80%
		Gestión de nodos que permitan el alta de pacientes desde las consultas de especialidad desde hospitales de mayor complejidad hacia APS.	Elaboración propuesta por parte de los jefes de servicio para actualización del arsenal farmacológico de la red en función de la necesidad local.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Ambulatoria	Médico Jefe CAE	Propuesta de incorporación o eliminación de fármacos a arsenal de la red asistencial, elaborada según necesidad local.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo.	Fortalecer la coordinación y comunicación con la red asistencial	Gestión de nodos que permitan el alta de pacientes desde las consultas de especialidad desde hospitales de mayor complejidad hacia APS.	Gestión con la DSS la revisión de prestaciones que podrían ser otorgada en APS, en el contexto del rediseño de la Red Asistencial, según propuesta del establecimiento.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Ambulatoria / Subdirección de Gestión del Cuidado	Médico Jefe CAE / Enfermera Jefe CAE	Presentación a la DSS con propuesta de las prestaciones posibles de ser entregadas en APS.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
		Revisión y actualización de los flujos de atención de las diferentes especialidades en la Red Asistencial (RCR)	Definir, elaborar y/o actualizar los protocolos de flujos de derivación y atención de las diferentes especialidades en la red regional y el hospital (RCR). Prioridad Salud Mental Adulto e Infantil.	Subdirección Gestión Clínica Ambulatoria. Consultores: Subdirección Gestión Clínica Atención Cerrada y Gestión del Cuidado.	Médico Jefe CAE. Enfermera Jefe CAE	Jefatura Médica CAE / Unidad de Gestión de la Demanda / Jefatura Médica y No Médica Servicios y Unidades de Atención Ambulatoria	Flujogramas actualizados, revisados, formalizados vía resolución (Prioridad: Salud Mental.)	Dicotómico	N/A	Definición de protocolos a actualizar. Elaboración de 2 protocolos (salud mental adulto / Infantil)	5 protocolos elaborados /actualizados	8 protocolos elaborados /actualizados	10 protocolos elaborados /actualizados
	Mejorar la eficiencia de procesos críticos en atención ambulatoria.	Optimización del despacho de fármacos en área ambulatoria en la Unidad de Farmacia	Evaluación e implementación de Farmacia Satélite.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirección de Gestión Administrativa, Operacional y Jefatura Unidad de Farmacia	Implementación de Farmacia Satélite (si procede)	Dicotómico	N/A	Si	N/A	N/A	N/A

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo.	Mejorar la eficiencia de procesos críticos en área de atención ambulatoria.	Revisión del funcionamiento y eficiencia de los procesos de: *Programación. *Agendamiento	Actualización del proceso de programación.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Unidad de Gestión de la Demanda / Unidad de Análisis Clínico y Operacional.	Manual de procedimiento de programación desarrollado y actualizado.	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Act. SOS	Act. SOS
			Actualización de los integrantes del comité de programación, incorporando a referentes de SEO y Salud Mental.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Médico Jefe CAE.	Comité de Programación.	Integrantes de Comité de Programación actualizados	Dicotómico	N/A	Si	Act. SOS	Act. SOS	Act. SOS
	Mejorar oportunidad de acceso a atención reduciendo los tiempos de espera en: Consultas de Especialidad, Exámenes (imagenológicos / Laboratorio) y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	Disminución del tiempo de respuesta para SIC.	Estandarización y supervisión del cumplimiento del tiempo máximo para dar visación a SIC.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica CAE	Jefatura Unidad de Gestión de la Demanda.	Porcentaje de SIC visadas en el tiempo definido para ello.	(N° de SIC visadas según tiempo definido / N° Total de SIC recepcionadas en el periodo)*100	LB	70%	80%	90%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo.	Mejorar oportunidad de acceso a atención reduciendo los tiempos de espera en: Consultas de Especialidad, Exámenes (imagenológicos / Laboratorio) y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	Incentivar el uso de la estrategia de Telemedicina tanto para Profesionales Médicos y No Médicos	Incorporación de nuevas especialidades médica y no médicas a la estrategia de telemedicina.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica CAE	Jefaturas Médicas y No Médicas CAE	Nuevas Especialidades Médicas y No Médicas incorporadas a estrategia de Telemedicina	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Gestión de nodos críticos que dificulten la resolución de LE de Consultas de Especialidad GES y No GES.	Optimización de horas especialistas institucionales (revisión semestral agendas médicas, mantener actualizadas en sistema informático según reporte de jefes de servicio.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Médico Jefe CAE.	Referente de Mantenición de Agenda.	Agendas actualizadas en sistema informático local según periodicidad local (Énfasis primario en Salud Mental).	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Suscripción de convenios con instituciones o especialistas de aquellas especialidades con mayor número o mayor antigüedad en LE (sujeto a disponibilidad presupuestaria).	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Médico Jefe CAE / Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Administrativa.	Unidad de Gestión de la Demanda.	Disminución del tiempo de espera para CNE.	Promedio de días de espera para CNE del año T- Promedio de días de espera para CNE del año T-1	2023 < 2022	2024 < 2023	2025 < 2024	2026 < 2025	2027 < 2026	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo.	Mejorar oportunidad de acceso a atención reduciendo los tiempos de espera en: Consultas de Especialidad, Exámenes (imagenológicos / Laboratorio) y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	Gestión de nodos críticos que dificulten la resolución de LE de Consultas de Especialidad GES y No GES.	Mantenimiento de licitación de informes de biopsias de baja, mediana y alta complejidad	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria Consultor: Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad Abastecimiento. Referente Técnico: Anatomía Patológica	Cumplimiento del número mínimo de informes de biopsias de baja, mediana y alta complejidad solicitados mensualmente.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
			Evaluación de brechas y gestión de nodos críticos en la resolución de casos Oncológicos.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria /Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Subdirección Gestión del Cuidado.	Médico Jefe CAE / Jefatura Enfermería CAE	Gestoras de casos oncológicos. Comité Oncológico.	Informe semestral de mejoras implementadas y cierre de brechas.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
		Aumentar la producción de RNM (horario institucional y horario inhábil).	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica y No Médica Unidad de Imagenología.	Porcentaje de aumento de RNM realizadas en el año en relación a LB	((RNM realizadas durante el periodo - RNM realizadas durante el período anterior)) / RNM realizadas durante el período anterior) * 100	LB	2% sobre LB	5% sobre LB	7% sobre LB	100% sobre LB	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Mejorar oportunidad de acceso a atención reduciendo los tiempos de espera en: Consultas de Especialidad, Exámenes (imagenológicos / Laboratorio) y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	Cierre y/o mitigación de brechas presentes en la Unidad de Imagenología.	Gestionar la incorporación e implementación de la residencia de radiólogos según brecha proyectada, para funcionamiento de 24h.	. Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Jefatura Médica Unidad de Imagenología / Subdirección de Gestión de las Personas.	Porcentaje de incorporación de radiólogos según brecha proyectada	(N° de Radiólogos contratados / Brecha de Radiólogos proyectada a cubrir)*100	N/A	Gestionar	Incorp. 40%	Incorp. 60%	Incorp. 100%
			Mantención de Licitación de informes de radiología según demanda hospitalaria.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad Abastecimiento. Referente Técnico: Anatomía Patológica	Cumplimiento del número mínimo de informes radiológicos requeridos mensualmente.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Optimización de la capacidad de la capacidad instalada y de resolución del Área de Atención Ambulatoria.	Evaluación e implementar la extensión de horario institucional en CAE y unidades de apoyo en área ambulatoria.	Director.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Médica y No Médica CAE.	Funcionamiento CAE y Unidades de Apoyo en horario extendido (08:00 a 20:00)	Dicotómico	N/A	Evalúa alternativa	Puesta en Marcha	Si	Si
	Reducir tiempos de espera para IQ Electiva.	Revisión y actualización del Proceso Prequirúrgico, según lo solicitado por normativa MINSAL.	Elaboración de un Protocolo Institucional de priorización y abordaje de pacientes en LE Quirúrgica.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Gestor Quirúrgico. Enfermera Jefe UPQ.	Jefes de Servicios Quirúrgicos.	Protocolo Institucional de priorización y abordaje de LE Qx elaborado y formalizado (Debe incluir a lo menos clasificación de los criterios de priorización y flujos de Pacientes)	Dicotómico	N/A	Si	Act. SOS	Act. SOS	Act. SOS

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Reducir tiempos de espera para IQ Electiva.	Revisión y optimización del Proceso Prequirúrgico, según lo solicitado por normativa MINSAL.	Actualización de Protocolo de Cirugías Mayores Ambulatorias, incluyendo definición de criterios de Inclusión y Exclusión de Pacientes candidatos a CMA.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada. Consultor: Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Gestor Quirúrgico. Jefatura Médica y de Enfermería de UCA.	Jefes de Servicios Quirúrgicos.	Protocolo de criterios de ingreso y exclusión de pacientes candidatos a CMA actualizado y formalizado.	Dicotómico	N/A	Si	Act. SOS	Act. SOS	Act. SOS
			Evaluar y gestionar apertura transitoria de cartera de servicios (prestaciones de APS) que permita oportunidad de acceso a pase odontológico de pacientes en LE quirúrgica.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica SEO / Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Autorización de apertura transitoria SEO (Gestión Favorable)	Dicotómico	N/A	Si	Renov. SOS	Renov. SOS	Renov SOS
			Mantener y/o ampliar convenios con Instituciones o Especialistas que aumenten la oferta institucional para acceso a pase cardiológico.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica CAE / Subdirección de Gestión de las Personas/ Subdirección Gestión Administrativa.	Convenios realizados (Plan 500, Licitaciones, Compras de Servicios, Convenios con instituciones del extrasistema).	Dicotómico	Si	Renov. o nuevos convenios	Renov. o nuevos convenios	Renov. o nuevos convenios	Renov o nuevos convenios

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Reducir tiempos de espera para IQ Electiva.	Definición de metas de resolución de LE IQ por cada Especialidad Quirúrgica (Volumen y tiempo de espera)	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada. Consultor: Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Gestor Quirúrgico / Enfermera Jefe UPQ.	Jefes de Servicios Quirúrgicos / Enfermeras Gestoras de LE Quirúrgica.	Reducción de la mediana de días de espera para IQ Electiva en relación a LB	((Mediana de días de espera por IQ en el periodo – Mediana de días de espera LB) / LB)*100.	LB	7%	15%	20%	30%
		Aumentar la resolución quirúrgica de pacientes GES y COMGES en relación al total de la resolución de LE Qx.	Mantención de la resolución de IQ vía licitación, en aquellas especialidades con mayor número o antigüedad de pacientes en LE (GES y No GES).	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada. Consultor: Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Gestor Quirúrgico. Unidad Prequirúrgica.	Jefes de Servicio Quirúrgicos. Subdirección de Gestión Administrativa.	Porcentaje de Pacientes COMGES y GES egresados de LE Qx vía licitación.	(N° de pacientes egresados de LE Qx GES y No Ges vía licitación)/ N° Total de Pacientes egresados de LE Qx GES y No GES)*100	LB	60%	70%	80%	90%
		Evaluar, explorar y postular a Hospital de Coquimbo como CRR (centro de resolución regional)	Equipo Directivo	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Gestor Quirúrgico. Unidad Prequirúrgica.	Presentación del Hospital de Coquimbo como CRR	Dicotómico	N/A	Si	Rep. SOS	Rep. SOS	Rep. SOS	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Optimizar la gestión de quirófanos.	Reestructuración organizacional y funcional de Pabellón Central y Pabellones de UCA.	Evaluación, desarrollo e implementación de un modelo de gestión centralizado de quirófanos de cirugía mayor.	Equipo Directivo	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada. Subdirección de Gestión del Cuidado. Gestor Quirúrgico.	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Modelo de gestión centralizado de quirófanos de cirugía mayor desarrollado e implementado.	Dicotómico	N/A	Dg.	Elaboración	Implementación	Evaluación
	Mejorar la resolución de la demanda de atención en UEH	Revisión del funcionamiento y eficiencia del proceso de urgencia. * Admisión. * Categorización. * Atención. * Alta de UEH.	Revisión y actualización local del modelo de gestión clínica de la UEH.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Médica y No Médica de la UEH.	Actualización del Modelo de Gestión Clínico de la UEH.	Dicotómico	N/A	Revisión	Actualización	Actualización SOS	Actualización SOS
		Actualización de los procedimientos administrativos necesarios para el funcionamiento de la UEH.	Actualización de Manual de Procedimientos Administrativos de la UEH, derivado de la actualización del modelo de gestión clínico.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Médica y No Médica de la UEH / Unidad de Análisis Clínico y Operacional.	Actualización protocolo de procedimientos administrativos UEH.	N/A	N/A	Revisión	Actualización	Actualización SOS
		Implementación de acciones que mejoren la eficiencia y tiempos de respuesta en la UEH.	Evaluar y elaborar propuesta/proyecto de automatización a través de correa neumática para exámenes de laboratorio.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirección de Gestión Operacional.	Jefatura Médica UEH. Jefatura Laboratorio. Jefatura Unidad de TIC's	Informe de factibilidad de implementación de correo neumático en UEH y su valorización.	Dicotómico	N/A	Revisión y evaluación de factibilidad.	Implementar (si precede)	Monitorear funcionamiento	Monitorear funcionamiento

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Mejorar la resolución de la demanda de atención en UEH.	Implementación de acciones que mejoren la eficiencia y tiempos de respuesta en la UEH.	Integración de la reposición de fármacos en la UEH a través de PIXYS, según definición y bases de licitación local.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Administrativa / Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Médica UEH. Jefatura Laboratorio. Jefatura Unidad de TIC's	Actualización de bases y de licitación para reposición de stock a través del uso de PIXYS en UEH.	Dicotómico	N/A	Revisión evaluación y actualización.	Implementación (si procede)	Evaluación del funcionamiento	Evaluación del funcionamiento
		Revisión y actualización a la realidad local, guías clínicas de las patologías más consultadas en la UEH.	Identificar, definir y elaborar de acuerdo a diagnóstico local, la elaboración y/o actualización de a lo menos 3 guías clínicas anuales (sugerencias del manejo del paciente de patologías más frecuentes en la UEH).	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Jefatura Médica y No Médica UEH.	Urgenciólogos y Médicos Especialistas UEH.	Guías Clínicas adaptadas a realidad local	Dicotómico	N/A	3 guías clínicas elaboradas y/o actualizadas			
	Optimizar la eficiencia del Proceso de Hospitalización.	Gestión de la UEH y Servicios Clínicos, en el proceso del ingreso y egresos de pacientes.	Creación de la figura de Médico Gestor Clínico	Director	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Resolución de Gestor Clínico designado con sus principales funciones.	Dicotómico	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Optimizar la eficiencia del Proceso de Hospitalización.	Gestión de la UEH y Servicios Clínicos, en el proceso del ingreso y egresos de pacientes.	Creación del comité de eficiencia hospitalaria y monitoreo de funcionamiento.	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Gestor Clínico Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefaturas Médicas y No Médicas de Servicio de hospitalización	Comité de Eficiencia Hospitalaria creado y formalizado.	Dicotómico	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
			Análisis y gestión de brechas en especialidades con GRDs con IEMA ≥ 1 escogidos por año.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Gestor Clínico	Comité de Eficiencia Hospitalaria	Variación porcentual del índice de estancia media ajustada en GRDs escogidos por año.	((IEMA GRD escogido periodo t - IEMA GRD escogido periodo t-1) / (IEMA GRD escogido periodo t-1) x 100))	Dism. \geq 10% del IEMA en GRDs seleccionados	Dism. \geq 10% del IEMA en GRDs seleccionados	Dism. \geq 10% del IEMA en GRDs seleccionados	Dism. \geq 10% del IEMA en GRDs seleccionados	Dism. \geq 10% del IEMA en GRDs seleccionados
			Evaluación e implementación mejoras el sistema informático local de gestión de pacientes.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Subdepto. de Gestión de Pacientes / Jefatura Depto. De Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad de Gestión de Pacientes / Jefatura Unidad de TIC's	Mejoras implementadas en software y módulos de gestión de pacientes	Dicotómico	N/A	evaluación y gestión de Brechas	Desarrollo de mejoras	Implementación	Actualización SOS
	Mantenimiento y fortalecimiento de estrategia de HD, incorporando a la estrategia pacientes pediátricos SOS	Revisión y actualización de los criterios de ingreso y egreso de HD tanto para pacientes adultos como pediátricos (no incluye salud mental).	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Subdepto. de Gestión de Pacientes.	Enfermera Jefe HD / Médico encargado HD / Jefatura Médica y No Médica Servicio de Pediatría	Protocolo elaborado y formalizado.	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Optimizar la eficiencia del Proceso de Hospitalización.	Disminución de los días de estada en HD.	Seguimiento y medición de los días de estada de hospitalización domiciliaria (HD). *Meta MINSAL 8,5 días.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Subdepto. de Gestión de Pacientes.	Enfermera Jefe HD / Médico encargado HD	Porcentaje de disminución de días de estada de HD.	$(N^{\circ} \text{ de días atendidos en HD} / N^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos en HD}) * 100$	LB	Disminución 10% respecto LB	Disminución 20% respecto LB	Disminución 30% respecto LB	Disminución 35% respecto LB
	Mejorar la oportunidad de acceso a hospitalización de pacientes con patologías de salud mental (adulto como pediátricos)	Revisión del modelo de gestión de UPHIA (en el marco de la implementación de proyecto)	Incorporación al modelo de gestión de UPHIA los criterios de ingreso, egreso y exclusión de dicha unidad.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Depto. De Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Médica y No Médica UPHIA.	Modelo de gestión actualizado incluyendo criterios de ingreso, egreso y exclusión.	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
		Revisión de los criterios de ingreso y egreso de pacientes al servicio de Psiquiatría Adulto	Actualización de protocolo de ingreso y egreso a Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía Adulto.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Depto. De Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Médica y No Médica Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía Adulto.	Protocolo de criterios de ingreso y de egreso a servicio de psiquiatría de corta estadía adulto actualizado y formalizado.	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
		Apertura de Psiquiatría de enlace según orientaciones MINSAL	Proponer la implementación de modelo de gestión integral, basado en orientaciones MINSAL para la Psiquiatría de Enlace.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Gestión del Cuidado / Depto. Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Médica Servicio de Psiquiatría Adulto / Jefes de Servicios Clínicos.	Apertura de la prestación de Psiquiatría de Enlace.	Dicotómico	N/A	Desarrollo Propuesta	Implementación	N/A	N/A

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de procesos clínicos y de apoyo	Mejorar la oportunidad de acceso a hospitalización de pacientes con patologías de salud mental (adulto como pediátricos)	Mantenimiento y fortalecimiento de estrategia de HD para pacientes de salud mental adultos	Mantenimiento de cupos de HD para Pacientes con Patologías de Salud Mental Adultos.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Subdepartamento de Gestión de Pacientes / Enfermera Jefe HD / Gestor Clínico	Jefatura Médica y No Médica de Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.	Existencia de cupos de HD disponibles para pacientes adultos con patología de salud mental.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
			Revisión y actualización de los criterios de ingreso, egreso y exclusión de HD para pacientes adultos con patologías de salud mental	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Subdepartamento de Gestión de Pacientes / Enfermera Jefe HD / Gestor Clínico	Jefatura Médica y No Médica de Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.	Protocolo de criterios de ingreso, egreso y exclusión de HD para pacientes con patologías de salud mental adultos actualizado y formalizado	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Favorecer el uso de la comunicación para la promoción y prevención de salud.	Promoción en salud mediante el uso de los diferentes canales de comunicación.	Seguimiento y monitoreo del plan comunicacional de establecimiento.	Director	Jefatura Unidad Comunicaciones / Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaria.	Jefaturas Médicas y No Médicas de Servicios y Unidades del Hospital.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades declaradas por el plan Anual comunicacional del Hospital	(N° actividades del plan anual comunicacional implementadas / N° Total actividades programadas)*100	N/A	≥75%	≥80%	≥85%	≥90%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Relevar y visibilizar la figura de las organizaciones comunitarias y/o representantes de la sociedad civil, como actores protagonistas en los espacios efectivos de participación social y diálogo entre la comunidad funcionaria y usuaria.	Promoción y fortalecimiento del trabajo colaborativo entre la institución y la comunidad usuaria.	Elaboración e implementación de planes de trabajo anuales en temáticas de participación ciudadana y satisfacción usuaria, con participación activa de la comunidad hospitalaria y comunidad usuaria	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría.	Consejo Consultivo de Usuarios / Representantes de la Sociedad Civil.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades declaradas en el plan Anual de participación del establecimiento	(N° de actividades declaradas en el plan anual de participación ciudadana implementadas en el periodo / N° Total de actividades programadas en el plan anual de participación ciudadana)*100	>70%	>80%	>85%	>90%	100%
		Definición y priorización de acciones asociadas a mejorar procesos comunicacionales o de información a usuarios(as) que fueron diagnosticados en procesos participativos.	Ejecución de a lo menos 2 acciones de mejora por cada área de HSP donde existió instancia participativa. Áreas a trabajar: *UEH. *Atención Cerrada. *Atención Ambulatoria. *Comités Temáticos.	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría.	Jefatura Médica y No médica UEH / Jefatura Médica y No Médica Atención Cerrada / Jefatura Médica y No Médica Atención Ambulatoria / Jefatura Unidad Gestión de la Demanda / UPQ / Comités Temáticos.	Porcentaje de acciones comunicacionales ejecutadas por línea temática.	(N° de acciones comunicacionales e informativas de mejora ejecutadas por línea temática / N° de acciones comunicacionales o informativas planificadas por línea temática (2 por C/U).	100%	100%	100%	100%	100%
	Mejorar la percepción de la satisfacción usuaria en nuestro establecimiento.	Medición de la percepción del usuario (a) en la dimensión "Trato" en área ambulatoria y cerrada.	Aplicación con frecuencia semestral, de encuesta que mide la dimensión "trato" al usuario (aplicada en atención abierta y cerrada).	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría.	Orientadores	Encuesta medición trato al usuario aplicada	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Mejorar la percepción de la satisfacción usuaria en nuestro establecimiento.	Medición de la percepción del usuario (a) en la dimensión "Trato" en área ambulatoria y cerrada.	Elaboración de Plan de acción o intervención en relación a resultados obtenidos en la medición.	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría.	Jefaturas Médicas y No Médicas	Plan de Intervención elaborado y socializado.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Fortalecimiento de estrategias destinadas a mejorar la satisfacción usuaria (Hospital Amigo, Funcionamiento de Escuelas Hospitalarias, Implementación Ley MILA, entre otros)	Mantener condición de Hospital Amigo, según lo solicitado por normativa vigente.	Director	Subdirección de Gestión del Cuidado	Referente Hospital Amigo	Porcentaje de medidas implementadas de la Pauta Hospital Amigo.	Porcentaje de Características implementadas de la Pauta Hospital Amigo.	100% de las medidas obligatorias				
		Funcionamiento periódico de aula hospitalaria según normativa vigente.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada, Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria, Subdirección de Gestión del Cuidado.	Coordinador a Aula Hospitalaria HSP / Jefatura Médica y Enfermera Jefe Servicio de Pediatría / Director (a) Aula Hospitalaria	Nómina de alumnos atendidos de manera mensual por Aula Hospitalaria en HSP.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si	
		Incentivar el acompañamiento de NNA en proceso de hospitalización y mujeres en proceso de parto en el HSP.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada, Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria, Subdirección de Gestión del Cuidado.	Referente Ley MILA HSP / Enfermeras Jefes / Matrona Jefe	Porcentaje de NNA con acompañamiento o durante su proceso de hospitalización	(N° de NNA con declaración informada de acompañamiento durante hospitalización / N° total NNA egresados del HSP) x100	Implementación	≥80%	≥85%	≥90%	≥90%	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Mejorar la percepción de la satisfacción usuaria en nuestro establecimiento.	Fortalecimiento de estrategias destinadas a mejorar la satisfacción usuaria (Hospital Amigo, Funcionamiento de Escuelas Hospitalarias, Implementación Ley MILA, entre otros)	Incentivar el acompañamiento de NNA en proceso de hospitalización y mujeres en proceso de parto en el HSP.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada, Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria, Subdirección de Gestión del Cuidado.	Referente Ley MILA HSP / Enfermeras Jefes / Matrona Jefe	Porcentaje de mujeres y personas gestantes con acompañamiento durante proceso de parto	Nº de personas con acompañamiento durante el proceso de parto y parto/ Nº total de partos atendidos en HSP x100	Implementación	≥80%	≥85%	≥90%	≥90%
	Mejorar la comunicación de la institución con la comunidad usuaria y el acceso a información relevante por parte de ella.	Posicionar a la OIRS como un espacio eficiente de atención a las personas, que favorezca la interacción de ellas con la institución.	Elaboración e Implementación de planes de trabajo anuales de la OIRS, que incluyan actividades de gestión de todos los requerimientos ciudadanos recepcionados en el hospital.	Director	Jefatura OIRS	Jefatura OIRS	Porcentaje de cumplimiento de las actividades declaradas en el Plan Anual de trabajo de la OIRS	(Nº de actividades implementadas del plan de trabajo anual de la OIRS / Nº Total de actividades programadas en Plan de Trabajo de OIRS)*100	N/A	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%
		Utilización de requerimientos de OIRS como una herramienta complementaria de participación ciudadana y satisfacción usuaria.	Elaboración de Protocolo de entrega de información en procesos de atención ambulatoria, Información de pacientes hospitalizados, información post intervención quirúrgica	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría.	Jefatura Médicas y No Médicas HSP.	Porcentaje de protocolos de entrega de información elaborados y formalizados.	(Nº de protocolos de entrega de información elaborados / Nº total de protocolos definidos para ser elaborados)*100	N/A	1 Protocolo elaborado	2 Protocolos elaborados	3 Protocolos elaborados	Actualización SOS.

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Mejorar la gestión de las solicitudes ciudadanas especialmente reclamos ingresados al establecimiento.	Estandarización de procedimiento de procedimiento que deben seguir las jefaturas frente a reclamos reiterados, específicamente ámbito de trato al usuario.	Elaboración de Protocolo o Procedimiento que defina el proceder de jefaturas frente a reclamos reiterados de trato por algún funcionario o equipo de trabajo.	Director	Totalidad Subdirecciones	Jefatura OIRS.	Protocolo o procedimiento elaborado y formalizado.	Dicotómico	N/A	Levantamiento o de información	Si	Si	Si
		Fortalecer el compromiso de los equipos en relación a mejorar la satisfacción usuaria	Realización de al menos una jornada anual de sensibilización.	Director	Jefatura Unidad de Participación y Satisfacción	Unidad de Participación y Satisfacción Usuaría / Jefatura OIRS.	Jornada de sensibilización realizada	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
			Difusión del análisis Trimestral del número de solicitudes ciudadanas recepcionadas por la institución (reclamos) y los motivos asociados al reclamo como insumo de la gestión.	Director	Jefatura OIRS.	Jefatura OIRS.	Porcentaje de informes de análisis de los reclamos elaborados y difundidos en el periodo.	(N° de informe de análisis de los reclamos elaborados y difundidos)/ N° total de informes de análisis de los reclamos programados a realizar)*100	100%	100%	100%	100%	100%
		Cumplimiento en oportunidad y la calidad de la respuesta de los reclamos ingresados al establecimiento.	Evaluación de la oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos ingresados al establecimiento.	Director	Jefatura OIRS.	Jefatura Médica y No Médicas del HSP.	Porcentaje de reclamos contestados de manera oportuna, según normativa vigente.	(N° de reclamos contestados oportunamente / N° Total de reclamos ingresados a la institución)*100	≥95%	≥98%	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de la participación y satisfacción usuaria	Mejorar la gestión de las solicitudes de las ciudadanas especialmente reclamos ingresados al establecimiento.	Cumplimiento en oportunidad y la calidad de la respuesta de los reclamos ingresados al establecimiento.	Evaluación de la oportunidad y calidad de la respuesta a los reclamos ingresados al establecimiento.	Director	Jefatura OIRS.	Jefatura Unidad de Planificación y Proyectos.	Porcentaje de reclamos contestados que cumplen con la calidad de la respuesta.	(Puntaje obtenido en evaluación de calidad de la respuesta de los reclamos / Puntaje esperado en la evaluación de la calidad de la respuesta de los reclamos) x 100.	N/A	80%	82%	85%	90%

Objetivo Estratégico N° 2: Fomentar en los equipos clínicos- operativos la entrega de un Servicio de Calidad.

Definición	Velar por la Implementación de una cultura de trabajo basada en procesos, que permita otorgar prestaciones de salud, bajo estándares de calidad y seguridad basada en la mejora continua y centrada en el usuario, en concordancia al marco regulatorio vigente establecido por el Ministerio de Salud.													
Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta					
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027	
Gestión de Calidad	Asegurar la implementación de un ciclo y una cultura de trabajo basada en la mejora continua a través de los estándares y normas de calidad y seguridad del paciente	Fortalecimiento de la cultura de trabajo de calidad y seguridad en el establecimiento	Implementación del programa de calidad en función de la definición local y exigencias ministeriales	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / Unidad de Acreditación de Prestadores	Servicios y Unidades clínic-operativos del Establecimiento	Evaluar el cumplimiento de las actividades propuestas por el programa de calidad	(N° de actividades implementadas del, plan de calidad / N° de actividades planificadas en plan de calidad)*100	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	
			Evaluar y estandarizar los procesos clínicos y administrativos que se implementen en la institución	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente	Unidad de Acreditación de Prestadores	Difusión y socialización del flujo de evaluación de nuevas iniciativas relacionadas a la atención del paciente	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si	
				Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente	Unidad de Acreditación de Prestadores	Porcentaje de iniciativas relacionadas a la atención del paciente evaluadas previo a su implementación.	(N° de iniciativas relacionadas a la atención del paciente evaluadas previo a su implementación / N° de Iniciativas implementadas) *100	N/A	50%	60%	60%	60%	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Calidad	Asegurar la implementación de un ciclo y una cultura de trabajo basada en la mejora continua través de los estándares y normas de calidad y seguridad del paciente	Fortalecimiento de la cultura de trabajo de calidad y seguridad en el establecimiento	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles con altos estándares	Director	Jefatura Unidad de Epidemiología	Jefes de Servicio y Unidades del HSP	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Vigilancia Epidemiológica	(N° de actividades del plan anual de trabajo de vigilancia epidemiológica implementadas / N° total de actividades programadas en el plan anual de trabajo de vigilancia epidemiológica)*100	100%	100%	100%	100%	100%
		Mantenimiento de la certificación del cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad de la atención.	Actualización de la documentación cuya vigencia esta caducada y que responden a acreditación de prestadores.	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / Unidad de Acreditación de Prestadores	Jefes de Servicio y Unidades del HSP	Porcentaje de documentación con pérdida de vigencia, actualizados en el periodo.	(N° de documentos con pérdida de vigencia actualizados en el periodo / N° de documentos con pérdida de vigencia)*100	N/A	100%	100%	100%	100%
			Monitoreo de todos los indicadores por acreditación.	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / Unidad de Acreditación de Prestadores	Jefes de Servicio y Unidades del HSP	Evaluación de indicadores de acreditación de prestadores realizadas	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Reforzar el vínculo hospitalario con la normativa de Autorización Sanitaria	Gestionar la autorización sanitaria de los diferentes recintos y dependencias de acuerdo a programación local.	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / Autorización Sanitaria.	Servicios Clínicos y Unidades del hospital san pablo con requerimiento de AS.	Porcentaje de cumplimiento de la gestión realizada de manera local por programa de autorización sanitaria	(N° de solicitudes de autorización sanitaria gestionadas / N° de solicitudes de autorización sanitaria requeridas para gestión)*100	N/A	100%	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Calidad	Asegurar la implementación de un ciclo y una cultura de trabajo basada en la mejora continua través de los estándares y normas de calidad y seguridad del paciente	Reforzar el vínculo hospitalario con la normativa de Autorización Sanitaria	Retomar funcionamiento del comité de infraestructura.	Director	Subdirección de Gestión Operacional	Comité de Infraestructura	Actualización de la conformación y funciones del comité de infraestructura	Resolución actualizada de los integrantes del comité y sus principales funciones.	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
				Director	Comité de Infraestructura	Servicios Clínicos y Unidades del Hospital san Pablo con requerimiento de AS.	Porcentaje de solicitudes de trabajos analizadas por el comité de infraestructura.	(N° de solicitudes de trabajos analizadas / N° total de requerimientos de trabajo solicitados para ser implementados)*100	N/A	≥70%	≥80%	≥90%	≥95%
		Impulsar las acciones y actividades propuestas por la estrategia de tecnovigilancia	Reforzar la calidad a través de la implementación de la planificación de Gestión del Riesgo y Tecnovigilancia	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / Gestión del Riesgo	Servicios Clínicos y Unidades del Hospital san Pablo en los que aplique la gestión	Cumplimiento de las actividades propuestas por el programa de tecnovigilancia	(N° de actividades implementadas del programa de tecnovigilancia / N° total de actividades planificadas en programa de tecnovigilancia)* 100	N/A	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%
				Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / IAAS	Servicios Clínicos y Unidades Hospitalarias	Contar con un programa IAAS, aprobado por resolución e informado a DSSC	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Calidad	Asegurar la implementación de un ciclo y una cultura de trabajo basada en la mejora continua través de los estándares y normas de calidad y seguridad del paciente.	Mantenimiento y fortalecimiento de una cultura basada en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud	Supervisión del programa IAAS	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente / IAAS	Servicios Clínicos y Unidades Hospitalarias	Porcentaje de cumplimiento de la implementación de las actividades programadas en el plan anual de trabajo del programas de control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	(N° de actividades del plan del PCIAAS implementadas / N° total de actividades programadas en el PCIAAS)*100	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Gestión de Recursos Financieros y Físicos	Favorecer la eficiencia y productividad, así como la calidad de las prestaciones otorgadas, considerando el equipamiento y la infraestructura como una herramienta fundamental y transversal en los diferentes Procesos del Establecimiento.	Gestión de la mantención preventiva, adquisición y reposición de Equipos Médicos e Industriales.	Ejecución de Plan Anual de Inversiones (Ejecución de ST 29 y 31)	Subdirección de Gestión Administrativa.	Subdirección de Gestión Administrativa / Subdirección de Gestión Operacional / Jefatura Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Unidad de Equipos Médicos, ,Jefatura Unidad de Planificación y Proyectos, Jefatura Unidad de Abastecimiento	Porcentaje de cumplimiento del Plan Anual de Inversiones.	(Monto asignado al ST 29 y ST 31 ejecutado /Monto total asignado para el ST 29 y ST 31 en el periodo)*100	100%	100%	100%	100%	100%
			Seguimiento y evaluación de la ejecución de los planes de mantenimientos preventivos para equipamiento e infraestructura.	Subdirección Gestión Operacional	Subdirección Gestión Operacional	Jefe Unidad de Equipos Médicos	Porcentaje de Mantenimientos preventivos de equipos médicos críticos realizados	(N° de mantenciones preventivas realizadas a equipos médicos críticos / N° de mantenciones preventivas de equipos médicos críticos programadas)* 100	100%	100%	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Recursos Financieros y Físicos	Favorecer la eficiencia y productividad, así como la calidad de las prestaciones otorgadas, considerando el equipamiento y la infraestructura como una herramienta fundamental y transversal en los diferentes Procesos del Establecimiento.	Gestión de la mantención preventiva, adquisición y reposición de Equipos Médicos e Industriales.	Seguimiento y evaluación de la ejecución de los planes de mantenimientos preventivos para equipamiento e infraestructura.	Subdirección de Gestión Operacional	Subdirección de Gestión Operacional	Jefe Unidad de Equipos Médicos	Porcentaje de Mantenimientos preventivos de equipos médicos relevantes realizados	(N° de mantenciones preventivas realizadas a equipos médicos relevantes / N° de mantenciones preventivas de equipos médicos relevantes programadas)* 100	≥80%	≥90%	100%	100%	100%
				Subdirección de Gestión Operacional	Subdirección de Gestión Operacional	Jefe Unidad de Equipos Industriales	Porcentaje de mantenciones preventivas realizadas a equipos industriales	(N° de mantenciones preventivas realizadas a equipos industriales / N° de mantenciones preventivas de equipos industriales programadas)* 100	≥80%	≥90%	≥93%	≥95%	≥98%
				Subdirección de Gestión Operacional	Jefatura Unidad de Equipos Médicos	Jefatura Unidad de Movilización	Porcentaje de mantenciones preventivas realizadas a ambulancias	(N° de mantenciones preventivas realizadas a ambulancias / N° de mantenciones preventivas de ambulancias programadas)* 100	100%	100%	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Recursos Financieros y Físicos	Favorecer la eficiencia y productividad, así como la calidad de las prestaciones otorgadas, considerando el equipamiento y la infraestructura como una herramienta fundamental y transversal en los diferentes Procesos del Establecimiento	Gestión de la mantención preventiva, adquisición y reposición de Equipos Médicos e Industriales.	Seguimiento y evaluación de la ejecución de los planes de mantenimientos preventivos para equipamiento e infraestructura.	Subdirección de Gestión Operacional	Subdirección de Gestión Operacional	Jefatura Unidad Infraestructura	Porcentaje de Mantenimientos preventivos de Infraestructura realizados	(N° de mantenimientos preventivos a infraestructura realizados / N° de mantenciones preventivas a infraestructura programados)* 100	N/A	≥80%	≥90%	≥93%	≥95%
	Optimizar los procesos financiero contables del establecimiento	Implementación de metodología de trabajo basada en la planificación anual y revisión de procesos que favorezcan la mejora continua en el ámbito financiero contable.	Ejecución del plan anual de compras planificado por el establecimiento.	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad de Abastecimiento	Encargado de compras del HSP	Porcentaje de ejecución del Plan Anual de compras del Hospital	(Monto ejecutado del plan anual de compras del establecimiento en el periodo / monto total programado en el plan anual de compras del establecimiento) *100	≥95%	≥98%	100%	100%	100%
			Elaboración e implementación de un plan anual financiero del establecimiento.	Subdirección de Gestión Administrativa	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad de Finanzas	Plan anual financiero elaborado e implementado	Dicotómico	N/A	Elaboración Plan Financiero (II Semestre)	Plan anual financiero elaborado e implementación 40%	Plan anual financiero elaborado e implementación 70%	Plan anual financiero elaborado e implementación 100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Recursos Financieros y Físicos	Optimizar los procesos financiero contables del establecimiento	Implementación de metodología de trabajo basada en la planificación anual y revisión de procesos que favorezcan la mejora continua en el ámbito financiero contable.	Elaboración de un plan anual trabajo centrado en la gestión de la recaudación de ingresos propios con énfasis en Ley 16744 (de accidentes laborales)	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad Comercialización	Jefatura Unidad de accidentes laborales	Plan anual de recaudación elaborado e implementado	Dicotómico	N/A	Elaboración Plan (II Semestre)	Plan anual elaborado /implementación 40%	Plan anual elaborado /implementación 70%	Plan anual elaborado/implementación 80%
			Revisión y actualización del modelo de trabajo de Unidad de Accidentes laborales: * Manual de Organización. * Manual de Procedimientos Administrativos. * Protocolo de Ingreso, egresos y exclusión de pacientes a la ley 16.744 * Protocolo de priorización para asignación de cupos para pacientes de la Ley 16.744.	Subdirección de Gestión Administrativa	Jefatura Unidad Comercialización	Jefatura Unidad de accidentes laborales	Modelo de trabajo actualizado y con documentación vigente	Dicotómico	N/A	M. Organización M. Procedimientos. U. Accidentes Laborales.	Protocolo de ingreso, egreso y exclusión de pacientes a la ley 16.744	Criterios de priorización para asignación de cupos de pacientes de la Ley 16.744	Revisión de documentos y actualización SOS.
			Centralización del proceso de LM en una unidad que haga el seguimiento transversal desde el ingreso de la LM hasta el cobro y reintegro de los recursos al fisco.	Director	Subdirección de Gestión Administrativa / Departamento de Control. De Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Unidad de Finanzas / Jefatura Unidad Comercialización	Subunidad de Gestión, Control y Recuperación de licencias médicas creada y formalizada con resolución	Dicotómico	N/A	Planificar y proponer funcionamiento.	Si	Si	Si

	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión de Recursos Financieros y Físicos	Optimizar los procesos financiero contables del establecimiento	Implementación del seguimiento de licitaciones y contratos realizados por el establecimiento	Levantamiento del proceso de resguardo de documentos en garantía y cierre de brechas detectadas.	Director	Subdirección de Gestión Administrativa / Departamento de Control. De Gestión y Desarrollo Institucional	Unidad de Finanzas / Unidad de Abastecimiento / Unidad de Análisis Clínico y Operacional / Unidad de Gestión Documental.	Levantamiento de proceso de resguardo de documentos en garantía realizado e implementación de mejoras.	Dicotómico	Levantamiento del proceso	Implementación de mejoras	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
			Elaboración de procedimiento de resguardo de documentos en garantía.	Director	Subdirección de Gestión Administrativa / Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Unidad de Finanzas / Unidad de Abastecimiento / Unidad de Análisis Clínico y Operacional.	Manual de procedimiento de resguardo de documentos en garantía elaborado y formalizado.	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
			Desarrollo de sistema informático que permita tener una trazabilidad del documento en garantía.	Director	Subdirección de Gestión Administrativa / Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad de TIC's / Jefatura Unidad de Innovación y Desarrollo	Sistema informático para trazabilidad de documentos en garantía elaborado e implementado	Dicotómico	N/A	N/A	Desarrollo	Implementación	Implementación
Planificación y Control de Gestión	Implementar la gestión del cambio, como proceso previo al traslado al hospital normalizado.	Socialización y difusión de los avances del Hospital Normalizado.	Monitoreo del funcionamiento y participación del comité de puesta en marcha	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Comité de Puesta en Marcha	Informe de Evaluación anual del cumplimiento de los objetivos definidos por el comité de puesta en marcha (o avances del desarrollo).	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Planificación y Control de Gestión	Implementar la gestión del cambio, como proceso previo al traslado al hospital normalizado.	Socialización y difusión de los avances del Hospital Normalizado.	Levantamiento de información y definición de la brecha de equipoy equipamiento para el hospital nuevo	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional / Subdirección de Gestión Operacional	Comité de Puesta en marcha / Jefatura Unidad de Equipos Médicos.	Brecha de equipo y equipamiento actualizada.	Dicotómico	N/A	Planificar	Elaboración	Elaboración	Elaboración
		Revisión de modelo de gestión de Subdirección de Gestión Operacional en miras al cambio a hospital concesionado.	Actualización del modelo de gestión de la Subdirección de Gestión Operacional de acuerdo al modelo de trabajo de un hospital concesionado.	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional / Subdirección de Gestión Operacional.	Comité de puesta en Marcha / U. de Equipos Médicos / Unidad de Industriales.	Modelo de Gestión de la Subdirección de Gestión Operacional Elaborado y Formalizado.	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS
	Optimizar procesos que impacten en el buen uso de los recursos del establecimiento y la eficiencia hospitalaria.	Utilización de SIGCOM como herramienta de imputación de costos y gestión en las diferentes unidades del establecimiento	Valorización y disminución de los excesos de estancias outliers superiores	Subdirección de Gestión Administrativa / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada.	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Unidad de Análisis Clínico y Operacional	Variación porcentual de la valorización de los excesos de estancias outliers superiores	$[(VEEOS \text{ periodo } t - VEEOS \text{ periodo } t-1) / (VEEOS \text{ periodo } t-1)] \times 100.$	$\leq 0,0\%$	$\leq 0,0\%$	$\leq 0,0\%$	$\leq 0,0\%$	$\leq 0,0\%$
		Utilización de instrumentos de evaluación para medir la eficiencia hospitalaria y para la gestión de brechas y nodos críticos.	Cumplimiento mayor o igual al del porcentaje mínimo exigido de los indicadores evaluados anualmente por Autogestión	Director Totalidad de Subdirecciones	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional / Jefa Unidad de Planificación y Proyectos	Jefes de Servicios y Unidades del establecimiento	Porcentaje de cumplimiento de Indicadores de BSC evaluados en el periodo.	$(\text{Puntaje obtenido en el periodo evaluado} / \text{puntaje máximo a obtener en el periodo}) \times 100$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$	$\geq 75\%$

Objetivo Estratégico N° 3: Potenciar el desarrollo e incorporación de Especialistas													
Definición	Potenciar la formación y llegada de nuevos médicos especialistas y subespecialistas a nuestro hospital.												
Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Asegurar el plan de desarrollo y de captación de especialistas y subespecialistas médicos	Desarrollo de metodologías prácticas que permitan la proyección de desarrollo y contratación de especialistas	Definir y establecer brecha, con actualización anual, de acuerdo a proyección y e incorporación de prestaciones.	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Actualización anual de la brecha realizada	Dicotómico	Diagnóstico	Actualizar	Actualizar	Actualizar	Actualizar
			Gestión de la brecha de especialistas con nivel central para abastecer de profesionales necesarios para otorgar as diferentes prestaciones hospitalarias	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Porcentaje de la brecha de especialistas cubierta en función de la proyección y actualización anual	(N° de especialistas incorporados según proyección realizada / brecha identificada de especialistas)*100	N/A	Diagnóstico	≥40%	≥60%	≥80%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Asegurar el plan de desarrollo y de captación de especialistas y subespecialistas médicos	Desarrollo de metodologías prácticas que permitan la proyección de desarrollo y contratación de especialistas	Actualización anual de la brecha de especialistas de acuerdo a proyección y e incorporación de prestaciones.	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefes de Servicio	Actualización anual de la brecha de especialistas realizada.	Dicotómico	Diagnóstico	Definir y establecer brecha	Actualización	Actualización	Actualización
			Gestión de la brecha con nivel central para abastecer las diferentes prestaciones hospitalarias.	Subdirección de Gestión de las Personas / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefes de Servicio con Brecha de Especialistas	Porcentaje de la brecha de especialistas cubierta en función de la proyección y actualización anual.	(N° de especialistas incorporados según proyección realizada / brecha identificada de especialistas)*100	Diagnóstico	≥40%	≥60%	≥75%	≥85%
	Favorecer la disminución de brecha de médicos y médicos especialistas	Implementación de la regulación solicitada por MINSAL para la incorporación de médicos extranjeros	Monitoreo y seguimiento de la incorporación de médicos extranjeros que tengan aprobado el EUNACOM	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Jefatura Unidad de Gestión de las Personas.	Porcentaje de médicos extranjeros en el establecimiento con EUNACOM aprobada	(N° Total de Médicos extranjeros con EUNACOM aprobada / N° Total de Médicos extranjeros en el establecimiento)*100	N/A	Definir Brecha	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Favorecer la disminución de brecha de médicos y médicos especialistas	Regulación solicitada por MINSAL para la incorporación de médicos extranjeros	Monitoreo y seguimiento de la incorporación de médicos especialistas y subespecialistas extranjeros que tengan aprobado CONACEM	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Jefatura Unidad de Gestión de las Personas.	Porcentaje de especialistas y subespecialistas extranjeros en el establecimiento con CONACEM aprobada	(N° total de Médicos especialistas y subespecialistas extranjeros con CONACEM aprobada / N° Total de Médicos especialistas y Subespecialistas extranjeros en el establecimiento) *100	N/A	Implementación de la estrategia	100%	100%	100%
		Participación como centro de salud y campo clínico de becados de especialidades y subespecialidades "Becas Coquimbo"	Trabajar en conjunto con la DSS mediante la comisión operativa en programa " Becas Coquimbo", gestionando incorporación de becados de especialidades y subespecialidades al establecimiento.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria	Jefatura Unidad Relación Asistencial Docente.	Incorporación de becados de especialidades y subespecialidades al establecimiento.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si

Objetivo Estratégico N° 4: Potenciar el desarrollo y cuidado del Capital Humano

Definición Fomentar el talento humano, mediante la gestión del conocimiento e implementación del nuevo modelo de gestión por competencias, que nos permite contar con funcionarios capacitados tanto en lo técnico como en lo humano, que les permita desempeñar de la mejor forma posible sus funciones de acuerdo a lo requerido por la institución.

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Fortalecer la red asistencial a través del convenio asistencial con centros formadores de la región	Incentivar la investigación en conjunto con centros de educación acreditados en convenio.	Creación de una política local para potenciar el desarrollo de artículos de investigación (Vínculo Hospital, profesionales médicos, no médicos y Centros Formadores).	Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefes de Servicio / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación / Jefatura Unidad RAD.	Política local de Investigación desarrollada.	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS
				Director	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefes de Servicio / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación / Jefatura Unidad RAD.	Artículos de investigación realizados en el establecimiento durante el año en curso	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Si	Si
			Creación de alianzas y convenios con centros formadores para la formación de profesionales, técnicos o auxiliares, según las brechas que presenta la institución.	Director	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad RAD.	Nuevos convenios con centros formadores adquiridos por el establecimiento.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Promover el desarrollo de competencias asociadas a cada cargo.	Implementación del Modelo de Gestión por Competencias.	Levantamiento de perfiles de cargo basados en modelos de gestión por competencias en la totalidad de los nuevos procesos de selección.	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad de Selección, Reclutamiento y Desvinculación	Jefaturas de Servicio.	Porcentaje de perfiles de cargo actualizados al modelo de gestión por competencias, de los nuevos procesos de selección desarrollados.	(N° de perfiles de cargo actualizados al nuevo modelos de gestión por competencias en los procesos de selección desarrollados / N° total de procesos de selección desarrollados)* 100	100%	100%	100%	100%	100%
			Actualización de los perfiles de cargos ya incorporados según requerimiento de los Servicios y Unidades del Establecimiento .	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad de Selección, Reclutamiento y Desvinculación	Jefaturas de Servicio.	Nómina de perfiles de cargo de funcionarios ya incorporados actualizados a la nueva metodología de gestión por competencias.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si
		Fortalecimiento del programa de capacitación en función de las necesidades locales y al modelo de gestión por competencias.	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad Capacitación	Jefaturas de Servicio y Unidades	Detección de necesidades de capacitación según nueva metodología implementada.	Dicotómico	Si	Si	Si	Si	Si	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Promover el desarrollo de competencias asociadas a cada cargo.	Fortalecimiento del programa de capacitación en función de las necesidades locales y al modelo de gestión por competencias.	Detección de necesidades y cierre de brechas de capacitación derivadas del levantamiento de perfiles de cargo con el modelo de gestión por competencias en funcionarios ya incorporados.	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad Capacitación / Jefatura Unidad de Selección, Reclutamiento y Desvinculación.	Jefes de Servicios y Unidades	Porcentaje de funcionarios capacitados para cierre brechas derivadas del modelo de gestión por competencias	$(N^{\circ} \text{ total de funcionarios capacitados para cierre de brechas derivados de la actualización de perfiles con el modelo de gestión por competencias} / N^{\circ} \text{ Total de funcionarios con brechas derivados de la actualización de perfiles con el modelo de gestión por competencias}) * 100$	N/A	Planificación de la implementación	30%	40%	50%
			Monitoreo continuo del cumplimiento del programa anual de capacitación	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura Unidad de Capacitación	Comité Bipartito de Capacitación. Comité Local Capacitación.	Porcentaje de cumplimiento del PAC	$(N^{\circ} \text{ de cursos ejecutados del PAC} / N^{\circ} \text{ total de cursos programados en el PAC}) * 100$	≥90%	≥90%	≥92%	≥95%	≥97%
			Taller de gestión hospitalaria para Jefaturas Médicas y No Médicas en áreas como GRD, Sistemas de Costeo, Proceso de programación, Humanización en la atención en salud, entre otros.	Director	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada, Ambulatoria.	Jefatura del área a desarrollar la capacitación.	Jornada informativa o Taller anual realizado.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Instaurar el acompañamiento a los funcionarios en el proceso de desvinculación, centrado en aquellos que se acogen a retiro.	Implementación de política de desvinculación centrada en el funcionarios que se acogen a retiro.	Elaboración e implementación de programa de desvinculación, centrado en funcionarios que se acogen a retiro.	Director	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura de Unidad de Selección, Reclutamiento y Desvinculación.	Elaboración de programa de incentivo al retiro.	Dicotómico	N/A	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
				Director	Subdirección de Gestión de las Personas	Jefatura de Unidad de Selección, Reclutamiento y Desvinculación.	Porcentaje de implementación actividades del programa de desvinculación	$(N^{\circ} \text{ total de actividades implementadas de programa de desvinculación} / N^{\circ} \text{ total de actividades planificadas en programa de desvinculación}) * 100$	N/A	N/A	$\geq 60\%$	$\geq 80\%$	100%
	Mejorar las capacidades, compromiso y eficiencia del personal.	Disminución del Ausentismo Laboral.	Funcionamiento del comité de ausentismo laboral y salud funcionaria.	Director	Subdirección de Gestión de las Personas	Comité de Ausentismo Laboral y Salud Funcionaria.	Porcentaje de reuniones ejecutadas del comité de Ausentismo y Salud Funcionaria	$(N^{\circ} \text{ de reuniones del comité de ausentismo realizadas} / N^{\circ} \text{ de reuniones del comité de ausentismo programadas}) * 100$	$\geq 70\%$	$\geq 70\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 90\%$
			Implementación de un plan anual de abordaje del ausentismo tanto en el ámbito de la prevención como en el ausentismo declarado.	Director	Subdirección de Gestión de las Personas	Comité de Ausentismo Laboral y Salud Funcionaria.	Porcentaje de acciones implementadas del plan de abordaje de ausentismo laboral.	$(N^{\circ} \text{ de acciones implementadas del plan de ausentismo laboral} / N^{\circ} \text{ total de actividades programadas en el plan de ausentismo}) * 100$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión y desarrollo de las Personas	Contribuir a mejorar la salud ambiental de las personas a través de acciones de mitigación y adaptación que reduzcan el impacto del cambio climático	Desarrollo e implementación de estrategias tendientes al cuidado de la salud ambiental, en relación objetivos sanitarios emergentes.	Diagnóstico de la generación de emisiones de gases efecto invernadero (GEI)	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdepartamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Unidad de Gestión Ambiental y Sustentabilidad Hospitalaria	Diagnóstico y levantamiento de encuesta a grupo objetivo	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
			Elaboración e implementación de plan de adaptación y mitigación al cambio climático.	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdepartamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Unidad de Gestión Ambiental y Sustentabilidad Hospitalaria	Porcentaje de actividades implementadas del plan de adaptación y mitigación del cambio climático.	(N° Total de actividades implementadas del plan de adaptación y mitigación del cambio climático / N° Total de actividades programadas en el plan de adaptación y mitigación del cambio climático)*100	N/A	N/A	Elaboración	≥30%	≥60%
		Promover la reducción de la huella de carbono del establecimiento	Diagnóstico de huella de carbono en el Hospital.	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdepartamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Unidad de Gestión Ambiental y Sustentabilidad Hospitalaria	Diagnóstico realizado en relación a la huella de carbono del establecimiento.	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Si	Si
			Elaboración e implementación de Plan de mitigación de la huella de carbono del establecimiento.	Subdirección de Gestión de las Personas	Subdepartamento de Salud Ocupacional, Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	Unidad de Gestión Ambiental y Sustentabilidad Hospitalaria	Porcentaje de actividades del plan de mitigación en relación a la huella de carbono del hospital ejecutadas.	(N° Total de actividades del plan de mitigación implementadas / N° Total de actividades del plan de mitigación programadas)*100	N/A	N/A	Elaboración	≥20%	≥40%

Objetivo Estratégico N° 5: Mejorar la entrega y gestión de la información.													
Definición	Mejorar la oportunidad, calidad y eficiencia en las prestaciones de salud mediante la implementación de metodologías y actividades relacionadas a la entrega gestión de información.												
Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información.	Incorporación de la totalidad de Especialistas y Profesionales No Médicos al uso del Registro Clínico Electrónico en área ambulatoria (CAE y Dispositivos Externos).	Definir brecha de Red MINSAL en los dispositivos externos del HSP	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Médica CAE /Jefatura de Enfermería CAE / Encargados de CESAM o de dispositivos externos.	Jefatura Unidad de TIC´ s.	Brecha de Red MINSAL identificada en los diferentes dispositivos externos del establecimiento.	Dicotómico	Levantamiento de información	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS
			Continuidad al proceso de implementación de Red MINSAL y del registro clínico electrónico en dispositivos externos al hospital.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Médica CAE /Jefatura de Enfermería CAE / Encargados de CESAM o de dispositivos externos.	Jefatura Unidad de TIC´ s.	Porcentaje de dispositivos externos con implementación de RCE.	(N° de dispositivos externos con implementación de RCE / N° total de dispositivos externos del establecimiento)* 100	N/A	25%	50%	75%	100%
			Definición y socialización de fecha límite para sumarse al uso de RCE por la totalidad de Especialistas y Profesionales No Médicos del Hospital San Pablo (Excluye Dispositivos Externos)	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica CAE.	Jefes de Servicio.	Porcentaje de especialistas que utilizan el RCE	(N° de especialistas que utilizan el RCE en área ambulatoria / N° total de especialistas en el área ambulatoria)*100	≥60%	≥80%	100%	100%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información.	Incorporación de la totalidad de Especialistas y Profesionales No Médicos al uso del Registro Clínico Electrónico en área ambulatoria (CAE y Dispositivos Externos).	Definición y socialización de fecha límite para sumarse al uso de RCE por la totalidad de Especialistas y Profesionales No Médicos del Hospital San Pablo (Excluye Dispositivos Externos)	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Jefatura Médica CAE / Jefatura de Enfermería CAE.	Jefaturas No Médicas CAE	Porcentaje de Profesionales no médicos que utilizan el RCE.	$(\text{N}^\circ \text{ de Profesionales no médicos que usan RCE en área ambulatoria} / \text{N}^\circ \text{ total de profesionales no médicos del área ambulatoria}) * 100$	≥60%	≥80%	100%	100%	100%
		Creación de material de apoyo para los equipos clínico operativos respecto al uso y funcionamiento de los sistemas informáticos del establecimiento.	Elaboración de manuales para el usuario (operador) de los diferentes sistemas informáticos en uso en el establecimiento, según priorización del equipo directivo.	Director	Jefe del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación.	Porcentaje de manuales para el usuario elaborados de los diferentes sistemas informáticos en uso en el establecimiento.	$(\text{N}^\circ \text{ de manuales para el usuario de los diferentes sistemas informáticos en uso elaborados} / \text{N}^\circ \text{ total de sistemas informáticos desarrollados e implementados en el establecimiento})$	N/A	Catálogo de manuales y sistemas locales	≥20%	≥40%	≥60%
		Interrelación de la información generada en los diferentes sistemas informáticos en uso del hospital, tanto a nivel local como en la Red Asistencial.	Desarrollo de un sistema informático que permita la integración de los entre los diferentes sistemas locales (o propios) en uso en el establecimiento.	Director	Jefe del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación.	Sistema Informático de integración de los diferentes sistemas en uso en el establecimiento implementado.	Dicotómico	Desarrollo y marcha blanca	Si	Actualización SOS	Actualización SOS	Actualización SOS

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información.	Interrelación de la información generada en los diferentes sistemas informáticos en uso del hospital, tanto a nivel local como en la Red Asistencial.	Implementación y puesta en marcha de sistema informático desarrollado para la integración de los sistemas en uso en el establecimiento.	Director	Jefe del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC´s / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación.	Carta Gantt con la planificación de la implementación de sistema integrativo.	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si
				Director	Jefe del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC´s/ Jefatura Unidad de Investigación e Innovación.	Porcentaje de sistemas informáticos en uso en el establecimiento interconectados.	(Nº de sistemas informáticos en uso en el establecimiento interconectados / Nº total de sistemas informáticos en uso en el establecimiento) *100	N/A	≥30%	≥50%	≥70%	100%
			Evaluación en función de definición local la integración de sistemas informáticos del Hospital (locales) con aquellos en uso en la Red Asistencial Ejemplo: * SAGHIX. * Traza Biop. * RCE. *Otros	Director	Jefe del Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC´s/ Jefatura Unidad de Investigación e Innovación.	Porcentaje de sistemas informáticos en uso en el establecimiento priorizados para ser interconectados con la Red Asistencial	(Nº de sistemas informáticos del establecimiento priorizados por equipo directivo integrados a la Red Asistencial / Nº total de sistemas informáticos priorizados para ser integrados con la Red Asistencial) *100	N/A	≥25%	≥50%	≥70%	100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información.	Digitalización progresiva de los registros clínicos que disminuir los tiempos de gestión en todos los procesos de atención del usuario.	Implementación progresiva de Ficha Clínica Electrónica en área de atención cerrada	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Ambulatoria y de Gestión del Cuidado.	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. efes de Servicio. Profesionales No Médicos Jefes o Encargados que realizan registro en Ficha Clínica.	Carta Gantt con la planificación de la implementación de RCE en atención cerrada.	Dicotómico	N/A	Si	Actua lizaci ón SOS	Actua lizaci ón SOS	Actu aliza ción SOS
							Porcentaje de avance de la implementación de RCE en atención cerrada.	(N° de servicios o unidades de atención cerrada con implementación de RCE / N° Total de servicios o unidades de atención cerrada definidos para implementar el RCE)*100	N/A	25%	50%	75%	100%
			Creación de Registro Clínico Electrónico único e integrado (interconectado con los otros sistemas informáticos ya implementados en el HSP)	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Ambulatoria y de Gestión del Cuidado.	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. efes de Servicio. Profesionales No Médicos Jefes o Encargados que realizan registro en Ficha Clínica.	Presencia de Ficha Clínica Electrónica única para el establecimiento e interconectada con los sistemas informáticos en uso en el establecimiento.	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Si	Si

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información	Digitalización progresiva de los registros clínicos que disminuir los tiempos de gestión en todos los procesos de atención del usuario.	Integración de la solicitud de la receta médica desde área ambulatoria y cerrada al sistema de integración BUDA para visualización en Unidad de Farmacia.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada. Subdirección de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Médica CAE. Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Farmacia.	Solicitud de la receta médica incorporada al registro clínico electrónico del área ambulatoria inicialmente y avanzar en atención cerrada cuando se implemente RCE en esta área.	Dicotómico	N/A	Ambulatorio	Hospitalización	Ambulatorio/Hospitalización	Ambulatorio/Hospitalización
			Definición e implementación de plan de seguridad y respaldo de información crítica para sistemas locales.	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. Jefatura Unidad de Seguridad de la Información.	Presencia de plan de seguridad y respaldo de información crítica elaborado y visado.	Dicotómico	N/A	Desarrollo	Implementación 30%	Implementación 70%	Implementación 100%
		Incorporación y fomento del uso de Tecnologías Cloud para reportes estadísticos,	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. Jefatura Unidad de Seguridad de la Información.	Reportabilidad de datos estadísticos utilizando CLOUD o tecnología similar (según lo definido en protocolo)	Dicotómico	N/A	Si	Si	Si	Si	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información	Incorporación y fomento del uso de Tecnologías Cloud para reportes estadísticos.	Desarrollo e implementación de proyectos piloto para procesos clínicos y/o administrativos identificados en el punto anterior, a través de convenios y/o desarrollo local.	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. Jefatura Unidad de Seguridad de la Información.	Proyecto piloto elaborado e implementado	Dicotómico	N/A	N/A	N/A	Puesta en marcha de un proyecto	Si
		Implementación de nuevas tecnologías en el acceso a la información para usuarios externos	Creación y desarrollo de una plataforma de consultas on line para resultados de exámenes realizados en HSP (Imagenología y Laboratorio, incorporar módulos de reportabilidad a licitación).	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Ambulatoria.	Jefatura Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional. Jefatura Médica CAE.	Jefatura Unidad TIC's. / Jefatura Seguridad de la Información / Jefatura Médica y No Médica de la Unidad Imagenología / Jefatura Unidad de Laboratorio.	Presencia de módulos de reportabilidad de consulta de exámenes del Hospital San pablo de Coquimbo para imagenología y laboratorio.	Dicotómico	N/A	Diagnóstico y definición local	Si	Si	Si
		Desarrollo e implementación de sistema informático de entrega de información a familiares en tiempo real de pacientes sometidos a intervención quirúrgica (intrahospitalario).	Subdirector de Gestión Clínica de Atención Cerrada / Subdirección de Gestión del Cuidado.	Gestor Quirúrgico. Jefatura Médica UCA y Pabellón Central.	Jefatura Unidad TIC's. Jefatura Unidad de Investigación e Innovación. Jefes de Servicio Quirúrgico.	Sistema Informático de entrega de información de pacientes sometidos a intervención quirúrgica.	Dicotómico	N/A	Planificación y puesta en marcha	Si	Si	Si	

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Fomentar y potenciar el uso de las herramientas informáticas ya existentes en el establecimiento en beneficio de la atención usuaria, mejorando la gestión de información	Implementación de nuevas tecnologías en el acceso a la información para usuarios externos	Desarrollo e implementación aplicación tipo: "GPS Intrahospitalario" que permita tanto a usuarios, como funcionarios ubicar las dependencias de unidades y/o servicios de nuestro hospital.	Director	Jefatura Participación y Satisfacción Usuaría.	Jefatura Unidad TIC's.	Aplicación que muestre dependencias de unidades y/o servicios del establecimiento.	Dicotómico	N/A	Desarrollo	Si	Si	Si
		Mejorar flujo de información estadística entre los diferentes servicios o unidades del establecimiento que deben tributar producción en REM.	Implementación del sistema GEHOS como sistema principal de registro de datos estadísticos REM, priorizados servicios o unidades según definición local.	Subdirección de Gestión Clínica de Atención Cerrada/ Ambulatoria y de Gestión del Cuidado.	Jefatura Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad de Estadística.	Porcentaje de unidades o servicios que ocupan sistema GEHOS para registros estadísticos.	(N° de unidades o servicios que ocupan sistema GEHOS para registros estadísticos / N° total de unidades o servicios que tributan producción en REM)*100	60%	70%	80%	90%	100%
	Favorecer el modelo de gestión proyectado del Hospital San Pablo que sostiene las estrategias de digitalización e informatización.	Disponer de un sistema o repositorio digital de documentos que permita mantener una actualización de los mismos	Evaluación, planificación e implementación de sistemas de gestión documental permitiendo la digitalización documental en función de requisitos del estado y MINSAL. (ver factibilidad técnica y económica).	Director	Jefatura Unidad de Gestión Documental	Jefatura Unidad TIC's.	Evaluación y planificación de sistema informático de gestión documental.	Dicotómico	N/A	Diagnóstico y factibilidad	Puesta en Marcha	implementación >50%	implementación >100%

Política de acción	Objetivos Operacionales	Estrategia	Actividades	Responsable			Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta				
				Directivo	Gestión	Operacional			2023	2024	2025	2026	2027
Gestión organizacional y de desarrollo	Contar con un sistema informático que favorezca la eficiencia y resolutivez del establecimiento.	Desarrollo o adquisición de sistema informático para áreas clínicas y administrativas del establecimiento.	Desarrollo local de sistemas para áreas clínicas y unidades de apoyo que incluya todos los procesos clínicos del hospital, en función de lineamientos de la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo.	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad de Tic's / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación / Jefatura Seguridad de la Información	Desarrollo e implementación de HIS	Dicotómico	N/A	N/A	Si	Si	Si
			Desarrollo local de ERP para todas las áreas logístico, administrativo y operacionales que incluya todos los procesos administrativos y paralelos del establecimiento, en función de lineamientos de la DSSC.	Director	Jefe Departamento de Control de Gestión y Desarrollo Institucional.	Jefatura Unidad de Tic's / Jefatura Unidad de Investigación e Innovación / Jefatura Seguridad de la Información	ERP desarrollado o adquirido según lineamiento SSC	Dicotómico	N/A	Diagnóstico	Implementación 25%	Implementación 75%	Implementación 100%