



MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO SALUD
 VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
 HOSPITAL DR. "EDUARDO PEREIRA R."
DIRECCIÓN
 ASG / *[Signature]*

RESOLUCIÓN EXENTA: **06152**

VALPARAÍSO, **30 DIC 2019**

VISTOS: Instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red 2019 **Y TENIENDO PRESENTE;** D.F.L. N° 29/2004 del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo; D.F.L. N° 1/2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79 y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 140/2004 del Ministerio de Salud; Resoluciones N° 1600/2008 y N° 06/2019 ambas de Contraloría General de la República; Resolución Toma Razón N° 110612/40/2018 de fecha 26.05.2018 del S.S.V.S.A. que me nombra Director del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, de Valparaíso y, en uso de las facultades que me confiere el D.S. N° 38/2005 del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUEBESE** la Planificación Estratégica del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramirez para los años 2020-2022.

CÚMPLASE

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y



[Signature]
ANGÉLICA SANHUEZA GONZÁLEZ
 DIRECTORA
 HOSPITAL DR. "EDUARDO PEREIRA R."

DISTRIBUCION:

- Oficina de Partes.
- Dirección S.S.V.S.A.
- Control de Gestión SSVSA.
- Encargados de los indicadores
- Control de Gestión
- Dirección

[Signature]
Transerita Fleizente
 Ministra de Fe
 Gladys Vargas Méndez



Planificación Estratégica Hospital Dr. Eduardo Pereira

2019-2022



PRESENTACIÓN

Soñar, proyectar y planificar. Esas son nuestras principales máximas para llevar adelante el trabajo de funcionarias y funcionarios comprometidos con mejorar todos los días la salud pública de nuestra región. Y el siguiente documento refleja el resultado de esta labor mancomunada con responsabilidad ética y social, para sistematizar los procesos clínico-administrativos de las atenciones de salud del Hospital Dr. Eduardo Pereira R.

Desde el 2016, nuestro establecimiento se propuso iniciar el camino de la Calidad con Excelencia y hoy, queremos ratificar y continuar este camino propuesto. Por este motivo, queremos presentar la Planificación Estratégica 2020-2022. Esta herramienta es fundamental para el trabajo que realizamos todos los días y deberá constituirse en el elemento que nos guíe, para perfeccionarlo y potenciarlo con el tiempo.

Ha concluido la gestión de nuestro plan estratégico 2016–2018. Al evaluar estos tres años del plan, podemos ver logros importantes, tales como la obtención de la Re Acreditación de Calidad y la condición de Establecimiento Autogestionado en Red, logrando la ubicación en los primeros cinco lugares del ranking nacional.

Todas estas metas no se hubiesen logrado sin el trabajo y la dedicación de todos quienes componen este hospital y queremos continuar bajo esta senda. Optimizar el uso eficiente de los recursos, mejorar los sistemas de información, disminuir índice de ausentismo laboral, gestionar la demanda asistencial, aumentar la calidad de la atención, optimizar las estrategias y herramientas de Referencia y Contrarreferencia en la Red, fortalecer la satisfacción usuaria y potenciar la participación ciudadana en el establecimiento, son algunos de nuestros objetivos propuestos para el presente año, y que sin duda, serán el motivo para hacer nuestro mejor esfuerzo y cumplir con aquello.

Como Directora de este Hospital quisiera agradecer a todos los funcionarios y funcionarias que son parte de esta gran familia “Pereirana”, porque con su esfuerzo, trabajo, dedicación y perseverancia han sido y son imprescindibles en el logro de estos desafíos. El corazón que pone cada uno de ellos en sus labores realizadas, nos hacen soñar todos los días, con un mejor Hospital, una mejor salud y un mejor país.





EQUIPO DE PLANIFICACIÓN

EQUIPO PRINCIPAL

Angélica Sanhueza González
Directora

Ángela Rocha Tirapegui
Subdirectora Administrativa

Monica Cevallos Picó
Subdirectora Médica

Yolanda Miranda
Subdirectora Enfermería

Cristian Monsalve Araneda
Subdirector RRHH

EQUIPO AMPLIADO

- | | | |
|-----|----------------------|---|
| 1. | Carlos Olivares | Jefe CR Finanzas |
| 2. | Claudia Reyes | Jefe CC Proyectos |
| 3. | Edith Vásquez | Jefe CR Atención Abierta |
| 4. | Eugenia Olivares | Jefa Calidad y Seguridad del Paciente |
| 5. | Florencia Ramírez | Oficina de Calidad |
| 6. | Francisca Rubillanca | Jefe OIRS |
| 7. | Lorena Henríquez | Enfermera Supervisora Medicina |
| 8. | Loreto Vent | Jefe CC Cirugía |
| 9. | Maria Graciela Araya | Jefe CC GRD |
| 10. | María Paz Cubillos | Control de Gestión |
| 11. | Alex Tapia Mena | Control de Gestión |
| 12. | Pamela Olea | Enfermera Supervisora UPC |
| 13. | Paola Echeverría | Enfermera IAAS |
| 14. | Paulina Arias | Periodista HEP |
| 15. | Raúl Delgado | Jefe CR Apoyo Diagnóstico y Terapéutico |
| 16. | Rubén Muñoz | Jefe IAAS |
| 17. | Ruth Vera | Jefe Auditoría |
| 18. | Tatiana Quiroz | Enfermera Supervisora Cirugía |
| 19. | Varinia González | Jefe Farmacia |
| 20. | Ximena Miranda | Enfermera Supervisora Pensionado |

ANTECEDENTES GENERALES

UBICACIÓN

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

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

RESEÑA HISTÓRICA

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



Cabe señalar que en el 2002 el Establecimiento pasa a llamarse “Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez”, pero este cambio de nombre no cambia el legado de sus fundadores que ha perseguido siempre una atención de salud de alta calidad, tanto en lo humano como en lo técnico para todos sus usuarios.

Es por ello que la institución a través de su personal ha mirado la planificación como un elemento clave que vincula adecuadamente las acciones que debemos cumplir y que nos llevará a nuevos desafíos, en materias de orden asistencial, técnico administrativo, financiero y de gestión. Todo lo anterior con la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos, que logren asumir que la gestión no es sólo en la realización de la actividad sino también la planificación de ella, su diseño organizativo y la consecuente gestión que implica, en términos de oportunidad, precisión, adecuada a un costo razonable y con óptima calidad, propiciando la satisfacción del usuario y de quienes conformamos la institución.



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



RED ASISTENCIAL

Para atender la demanda de salud de la población de su área jurisdiccional, el SSVSA cuenta con una Red Asistencial compuesta por los establecimientos que se muestran en la figura N°1. La red de establecimientos del SSVSA posee las siguientes características y áreas de influencia:

Hospital Dr Eduardo Pereira Ramírez HEP

Establecimiento de Alta Complejidad ubicado en la comuna de Valparaíso; resuelve la demanda del adulto de la Provincia de Valparaíso y los requerimientos derivados desde la Provincia de San Antonio en las especialidades de cirugía y medicina interna. El Hospital Pereira entrega además atención abierta en el propio establecimiento como en el Consultorio de Especialidades, ubicado en el plan de la ciudad de Valparaíso, destinado a pacientes referidos de los otros prestadores de la Red del Servicio de Salud.

Hospital Carlos Van Buren HCVB

Establecimiento de Alta Complejidad y Base de la Red ubicado en la Comuna de Valparaíso. A Nivel de Macro-red, es el centro receptor en la especialidad de neurocirugía para las Regiones de Atacama, Coquimbo y Valparaíso; y en la especialidad de oncología para las Regiones de Coquimbo y Valparaíso. Cuenta además con un Consultorio de Especialidades y un Servicio de Urgencia de alta complejidad.

Hospital Claudio Vicuña HCV

Establecimiento de Alta Complejidad ubicado en la comuna de San Antonio y cubre las necesidades de las seis comunas de la Provincia de San Antonio. Resuelve la demanda de la APS de la Provincia y deriva al Hospital Base de la Red. Dispone además, de atención de urgencia y de un Consultorio Adosado de Especialidades para la atención abierta.

Hospital Del Salvador HDS

Establecimiento de atención psiquiátrica de Mediana Complejidad ubicado en la Comuna de Valparaíso, con atención ambulatoria e integración social de la mayor parte de los pacientes crónicos. Cubre las necesidades de la Red del Servicio de Salud y presta apoyo a toda la Región de Valparaíso y Coquimbo. Realiza prestaciones de atención abierta en el propio Hospital.

Hospital San José HFSJC

Hospital comunitario de Baja Complejidad ubicado en la Comuna de Casablanca. Cuenta con un Servicio de Urgencia y un Centro de Salud de Atención Primaria.

Figura 1. Red Asistencial SSVSA



Fuente: SSVSA

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

La población correspondiente a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, proyectada para el año 2020 con fuente DEIS, corresponde a 494.593 personas, la que se encuentran concentradas principalmente en las comunas de Valparaíso y San Antonio, con un 51,3% y 21,2% respectivamente.

Con respecto a la distribución por sexo, es levemente mayor en mujeres, ocupando estas el 50,1% de la totalidad de la muestra.

La región tiene una población que se concentra en el rango etario de los 24 a 64 años con un 60,6%, encontrándose bajo el promedio nacional. Dentro de las comunas que abarca el servicio de salud, también predomina el segundo intervalo del rango, con un 61,3%.

Cabe mencionar que el porcentaje de personas mayores a 65 años es 2,1 pp mayor con respecto al nivel nacional, lo cual indica un mayor nivel de envejecimiento en la región, siendo el Quisco y Valparaíso aquellas con mayor porcentaje para este rango etario.

Tabla 1. Proyección población 2020 en comunas pertenecientes a jurisdicción SSVSA.

PROYECCIÓN POBLACIÓN INE 2020. COMUNAS SSVSA				
COMUNA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL *	PORCENTAJE
Algarrobo	8.627	8.793	17.420	3.52%
Cartagena	16.492	16.461	32.953	6.66%
Casablanca	18.789	17.845	36.634	7.41%
El Quisco	11.044	10.288	21.332	4.31%
El Tabo	8.233	7.984	16.217	3.28%
Juan Fernández	665	405	1.070	0.22%
San Antonio	51.682	53.195	104.877	21.2%
Santo Domingo	5.021	5.192	10.213	2.06%
Valparaíso	126.377	127.500	253.877	51.3%
Total SSVSA	246.930	247.663	494.593	100%

Fuente: INE

Tabla 2. Distribución etaria en comunas pertenecientes a jurisdicción SSVSA.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN EDAD, DE LA POBLACIÓN POR COMUNA Y COMPARACIÓN CON LA REGIÓN Y PAÍS			
Grupo Etario	0 – 19 %	20 - 64 %	65 y más %
Algarrobo	27.0	59.1	13.9
Cartagena	26.8	59.4	13.8
Casablanca	29.7	60.6	9.8
El Quisco	21.4	57.5	21.1
El Tabo	22.1	59.5	18.4
Juan Fernández	15.6	74.9	9.5
San Antonio	26.1	60.8	13.1
Santo Domingo	25.7	60.6	13.7
Valparaíso	23.4	62.5	14.1
SSVSA	24.7	61.3	14.0
REGION	25.6	60.6	13.8
PAIS	26.9	61.2	11.9

Fuente: DEIS/INE

MORTALIDAD

A continuación se muestran tablas y gráficos con datos de Mortalidad comparada - Quinta Región y País - en tasas por cien mil habitantes, para los principales grupos de causas.

Se observa que las tasas de las principales causas de muerte como enfermedades al sistema circulatorio y tumores malignos son superiores en la región en comparación con la tasa nacional.

Tabla 3. Tasas de muerte para las 7 primeras causas de defunción.

TASAS DE MORTALIDAD. DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS ESPECÍFICAS DE MUERTE. AMBOS SEXOS. AÑO 2019			
Comparación en Tasa por 100.000 habitantes. País, Región y Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.			
CIE - 10	CAUSAS DE DEFUNCION	Tasa Región	Tasa País
E00 – E90	Enfermedades del sistema circulatorio	186,3	142,6
C00 – C97	Tumores Malignos	140,9	118,6
J00 – J99	Enfermedades del sistema respiratorio	59,4	53,8
V01 – Y98	Causas externas	46,5	50,4
K00 – K93	Enfermedades del sistema Digestivo	41,4	37,0
E00 – E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22,0	21,5
A00 – B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	14,8	13,2

Fuente: DEIS

MORBILIDAD

A continuación se muestra Tabla Comparativa, en porcentaje, de las Principales Causas de Egreso para el país, Región y Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

Tal como ocurrió con la comparación de los datos de mortalidad, las causas de egreso (morbilidad) del SSVSA, presentan diferencias con lo observado en el país.

Tabla 4. Principales causas de egresos hospitalarios a nivel nacional.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR GRUPOS DE ENFERMEDADES: PAIS, REGION, SSVSA. AMBOS SEXOS. AÑO 2018				
CIE-10	GRUPO DE ENFERMEDAD	PAIS	REGION	SSVS A
		%	%	%
O00 – O99	Parto	17,4	15,1	16,3
K00 – K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	13,6	13,9	13,7
J00 – J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	9,4	9,1	10,1
S00 – T98	Traumatismos	9,3	8,6	9,2
N00 – N99	Enfermedades del sistema genitourinario	8,5	9,2	7,9
I00 – I99	Enfermedades del sistema circulatorio	8,0	8,8	8,8
C00 – D48	Tumores	7,8	8,5	8,1
M00 – M99	Enfermedades sistema osteomuscular	5,3	6,1	6,8
Z00 – Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	3,1	2,8	2,2
E00 – E99	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,99	2,8	3,0
SUB TOTAL		85,4	85,0	86,0
RESTO DE CAUSAS DE EGRESOS		14,6	15,0	14,0
TOTAL EGRESOS		100,0	100,0	100,0

Fuente: DEIS

Identificación de la población

IDENTIFICACIÓN DEL AREA DE INFLUENCIA

La población a nivel país durante el año 2019 se estima en un total de 18.549.095 habitantes, de las cuales el 50,6% son de sexo femenino. Esta población se encuentra distribuida en las 16 regiones que conforman el territorio nacional.

La región de Valparaíso concentra el 10,4% de la población nacional y su distribución por sexo sigue la tendencia país.

Con respecto a las comunas que pertenecen a la jurisdicción del SSVSA, la población asciende a 494.593 habitantes, lo que representa un 25,6% de la población regional.

Tabla 5. Población 2019 a nivel nacional, regional y en comunas pertenecientes al SSVSA.

Alcance	Total	Hombres		Mujeres	
	Nº	Nº	%	Nº	%
País	18.549.095	9.170.100	49,4	9.378.995	50,6
SSVSA	494.593	246.930	49,9	247.663	50,1
REGIÓN	1.928.592	948.851	49,2	979.741	50,8

Fuente: INE

POBLACIÓN BENEFICIARIA SSVSA

Tabla 6. Población beneficiaria FONASA en comunas pertenecientes al SSVSA.

Comuna	Total	Hombres	Mujeres
Algarrobo	9.641	4.694	4.947
Cartagena	15.454	7.471	7.983
Casablanca	19.391	9.439	9.952
El Quisco	9.457	4.628	4.829
El Tabo	5.833	2.748	3.085
Juan Fernández	258	131	127
San Antonio	81.599	38.776	42.823
Santo Domingo	7.413	3.604	3.805
Valparaíso	254.360	118.336	136.024

SSVSA	403.406	189.827	213.575
REGION	1.390.003	653.209	736.790

Algunas Características Del Hospital

Estructura Organizacional

Figura 2.1. Organigrama Dirección HEP 2020 RE N° 6150

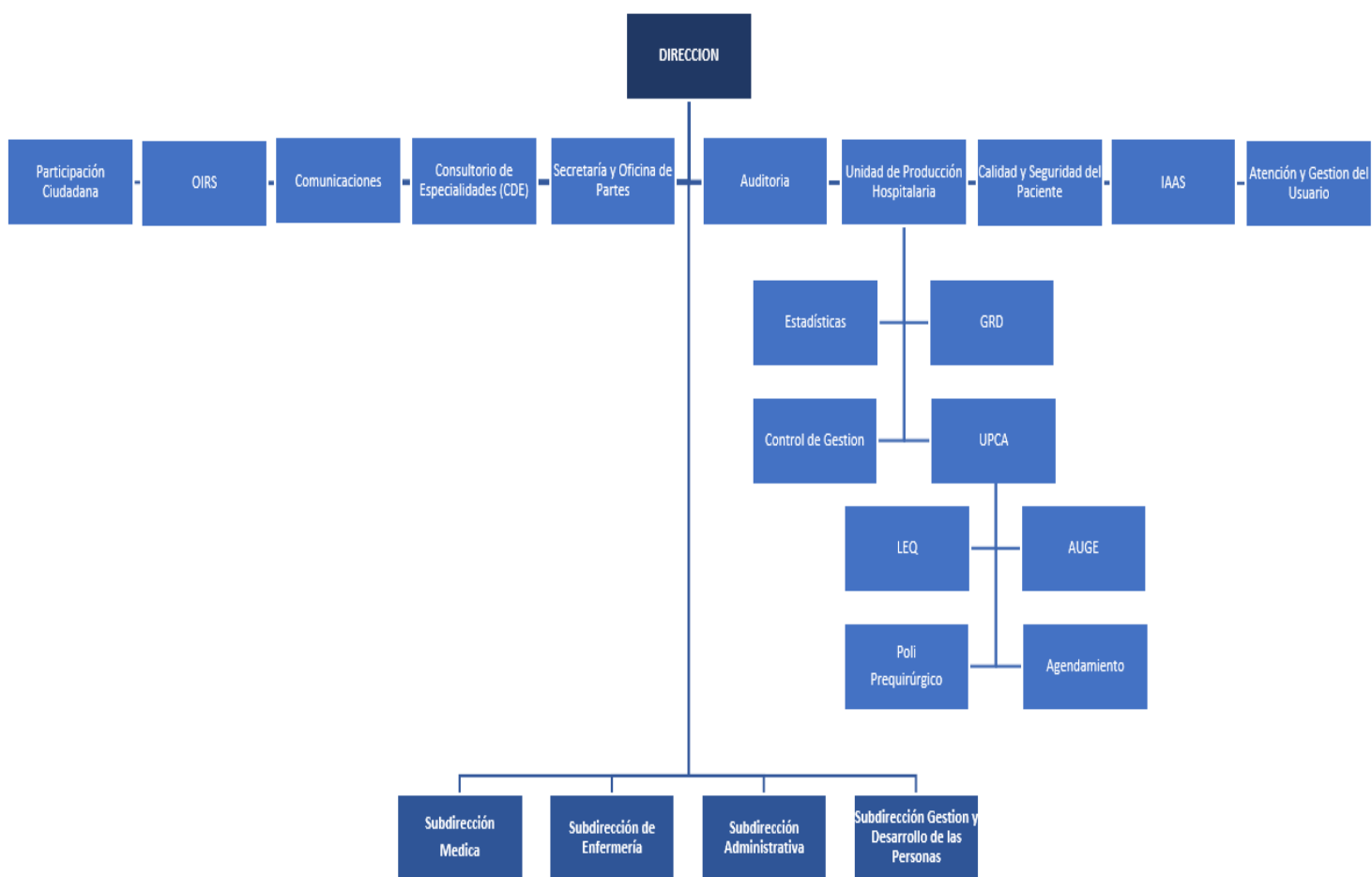


Figura 3.2. Organigrama Subdirección médica HEP 2020 RE N° 6150

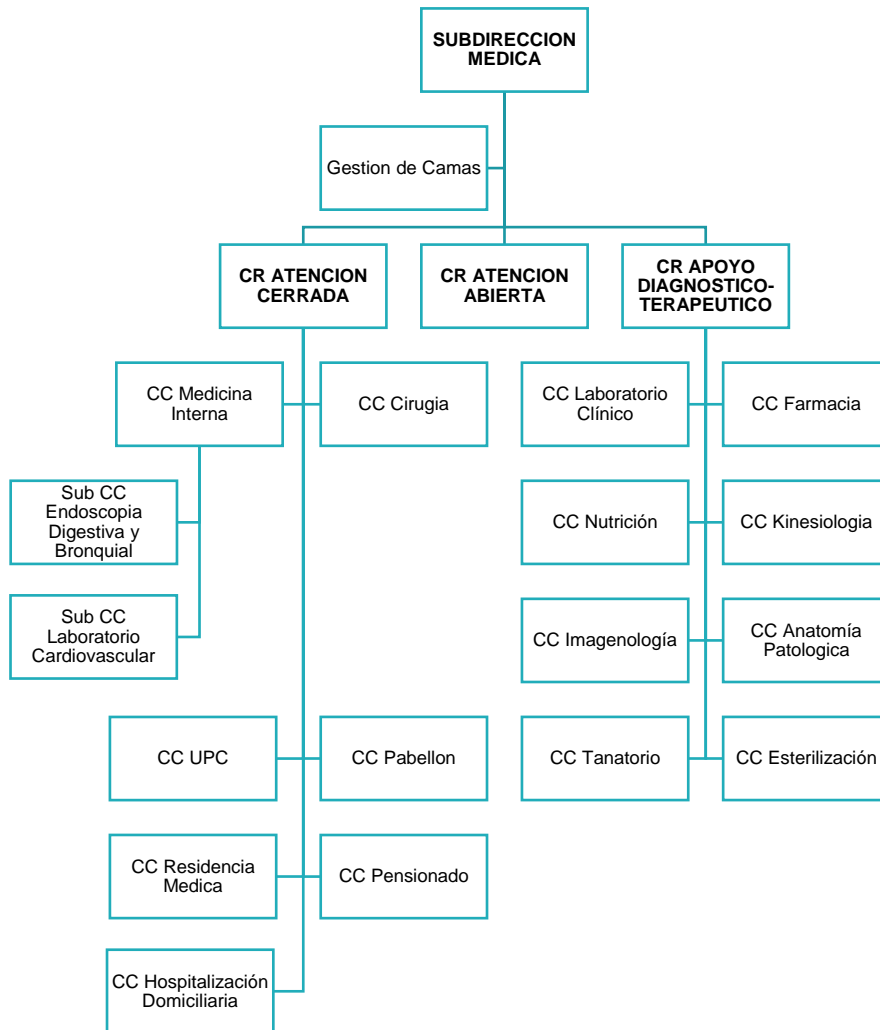


Figura 4.3. Organigrama Subdirección administrativa HEP 2020 RE N° 6150

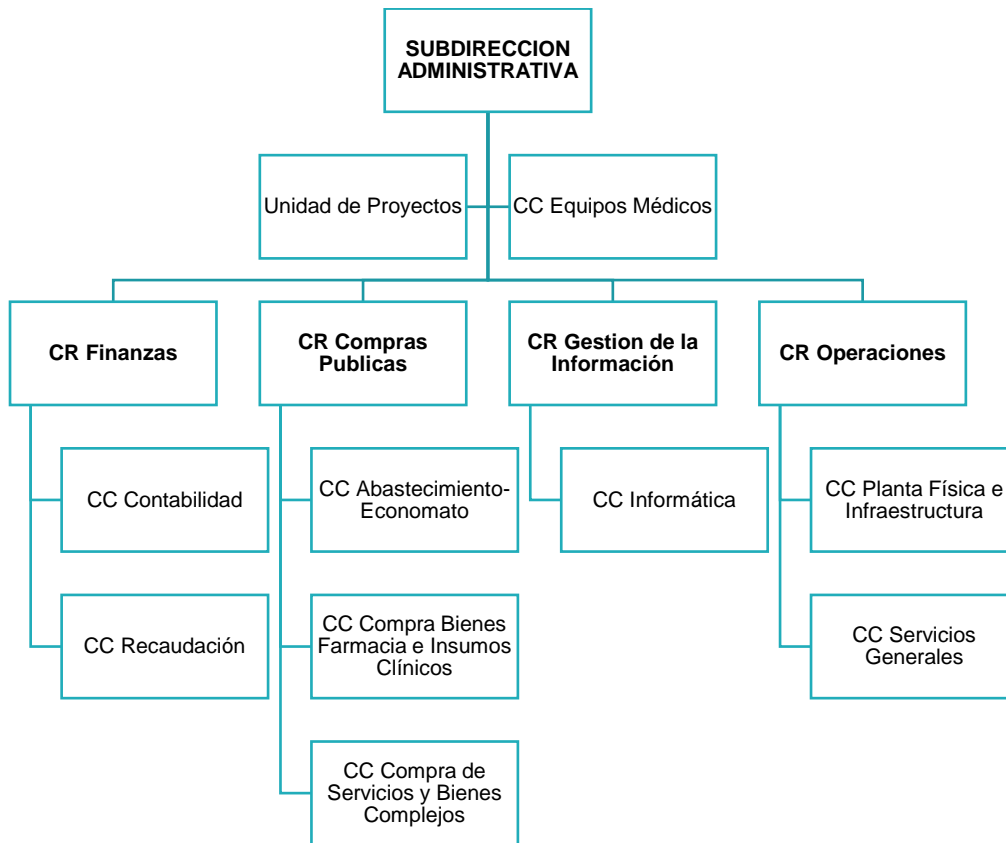


Figura 5.4 Organigrama Subdirección de enfermería HEP 2020 RE N° 6150

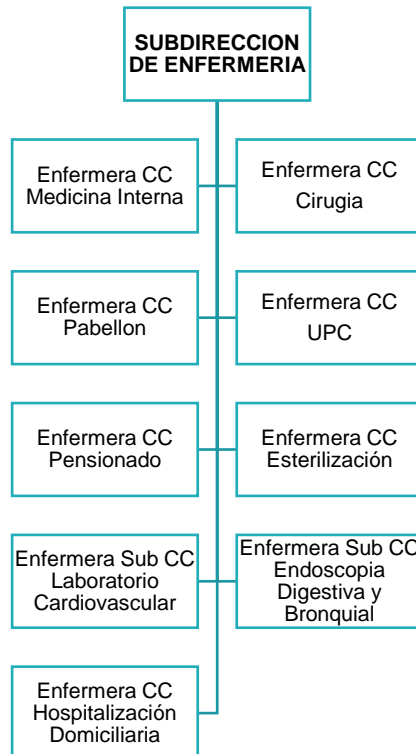
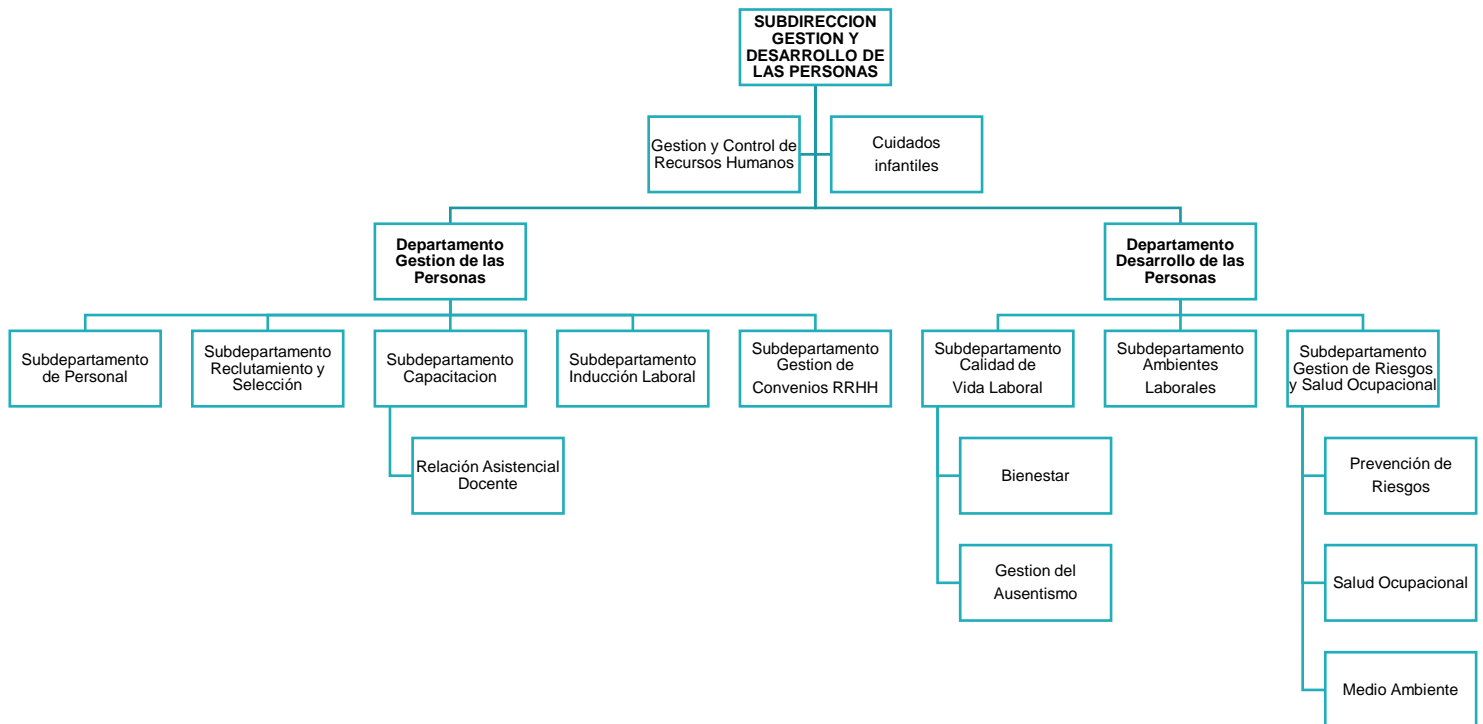


Figura 6.5 Organigrama Subdirección RRHH HEP 2020 RE N° 6150



Dotación Funcionarios.

Tabla 7. Dotación efectiva HEP 2019.

PLANTA	LEY 15.076	LEY 18.834	LEY 19.664	TOTAL
Administrativos	-	67	-	67
Auxiliares	-	89	-	89
Bioquímicos	-	-	4	4
Farmacéuticos	-	-	3	3
Médicos	20	-	94	114
Odontólogos	-	-	2	2
Directivos	-	1	-	1
Profesionales	-	118	-	118
Técnicos	-	224	-	224
TOTAL	20	499	103	622

PRODUCCIÓN

Las cifras de producción del Hospital se traducen en información de utilidad que hay que tener en cuenta para la Planificación Estratégica, ya que son datos duros y fidedignos que indican la situación actual del establecimiento. Éste es un resumen ejecutivo que presenta solamente una muestra de las actividades que realiza el hospital.

Durante los 2ños 2016 al 2018 se produjo un aumento en la cantidad de consultas médicas de especialidad de un 4,5%, lo que se traduce en un aumento de 1492 consultas más.

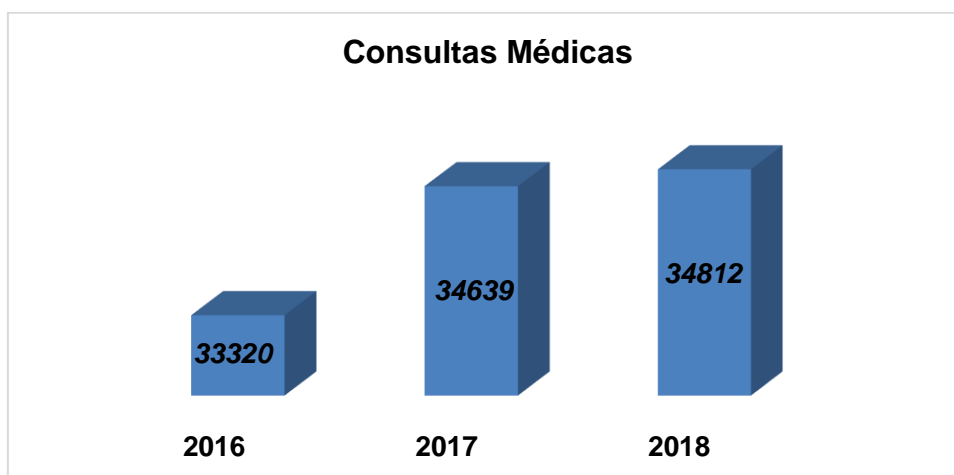


Gráfico 1: N° de Consultas Médicas anuales.

Con respecto a los exámenes de laboratorio, estos experimentaron una baja en el año 2017 debido al término del convenio con la CORMUVAL. De igual forma, su producción aumenta al año 2018.

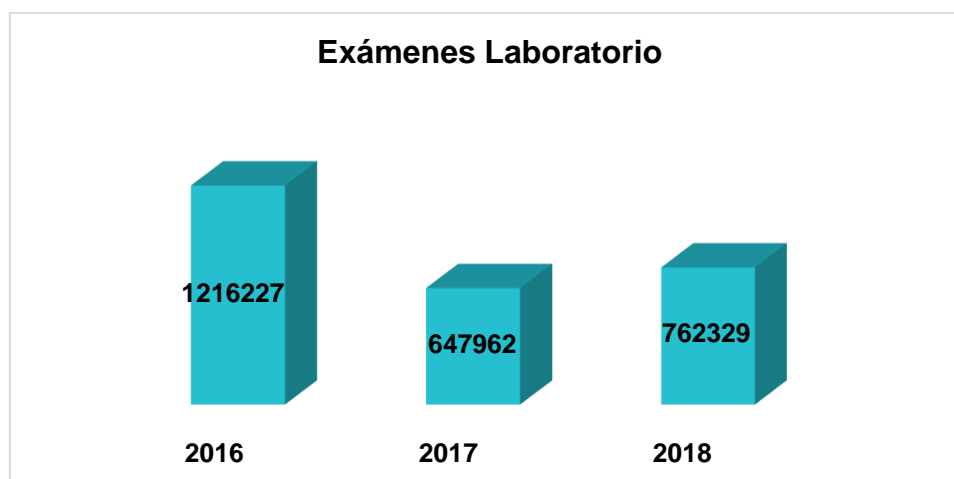


Gráfico 2: N° de exámenes totales por año de Laboratorio.

Situación similar a lo anterior sucede con imagenología, en donde la producción de la unidad ha tenido un comportamiento variable durante los tres últimos.

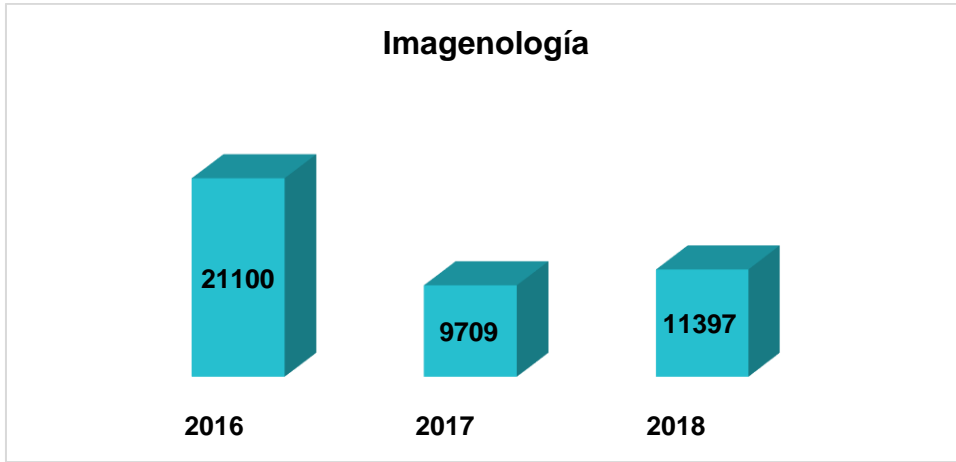


Grafico 3: Nº Totales de radiografías y ecografías al año.

La actividad de Pabellón fue superior en 2018 con respecto al año anterior. El promedio de intervenciones mensuales totales es de 319 aproximadamente (considerando cirugías mayores y ambulatorias).

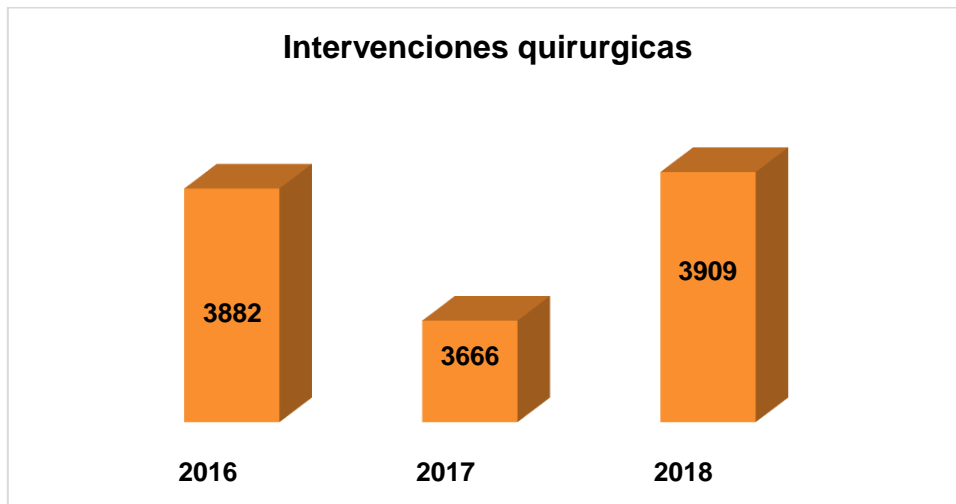


Grafico 4: Nº Intervenciones Quirúrgicas Anuales.

Las suspensiones de Pabellón han ido decreciendo desde el año 2016 (6,3% de cirugías suspendidas) hasta terminar el 2018 con un índice de suspensiones de 4,32%. Lo anterior se ha logrado monitoreando las suspensiones quirúrgicas cada semana en comité y estableciendo acciones correctivas y preventivas.



Grafico 5: Nº Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.

El número de días cama ocupados (DCO) del hospital durante 2018 fue superior al 2017 (3.551 DCO aprox.). El índice ocupacional acumulado al mes de diciembre de 2016 fue de 80%, mientras que a fines del año 2018, la ocupación aumentó a un 84,9%.

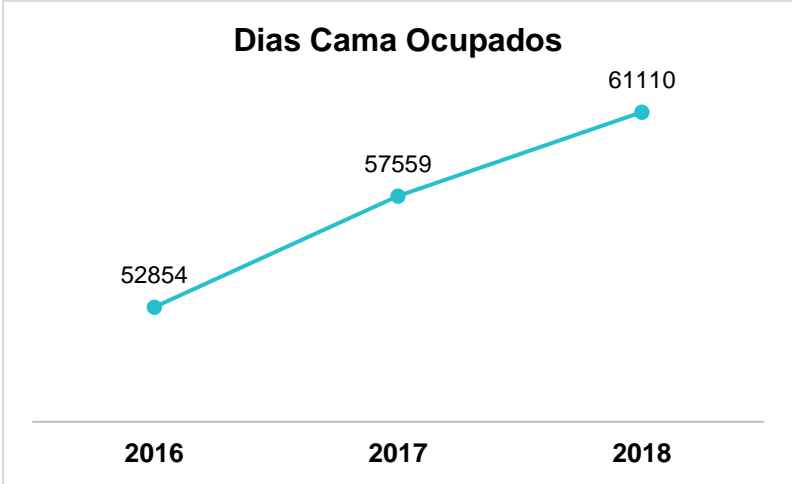


Grafico 6: Nº Días camas ocupados.

Los egresos hospitalarios del año 2018 ascendieron a 5.488, lo que se encuentra levemente bajo los egresos del año 2017 (5.632 egresos). Entre el año 2016 y 2018 a una diferencia positiva de +1,72%.

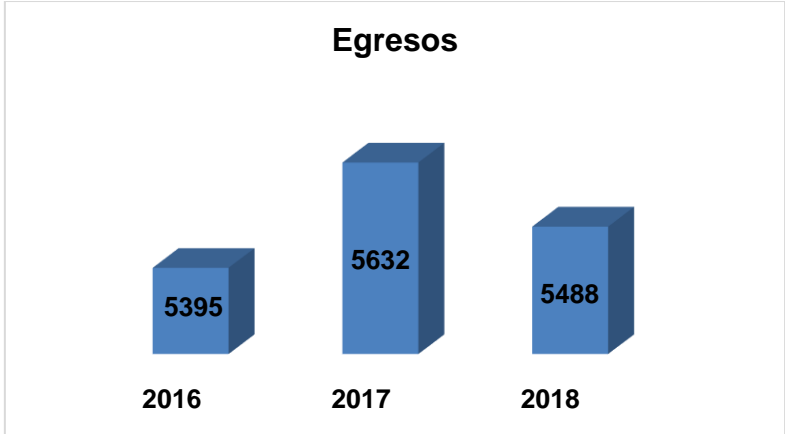


Grafico 7: Nº de Egresos hospitalarios.



Los días de estada se encuentran por sobre la media nacional, lo cual se debe principalmente a las características de los pacientes que ingresan a nuestro establecimiento, los que en un alto porcentaje son adultos mayores con otras comorbilidades asociadas.

Durante el año 2016, los días de estada eran 10, mientras que al término del año 2018, este número aumentó a 11,1 días de estancia hospitalaria.

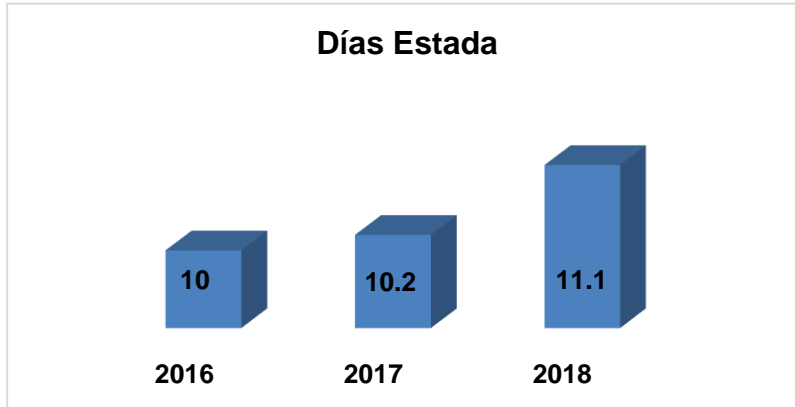


Grafico 8: N° de días de estada.

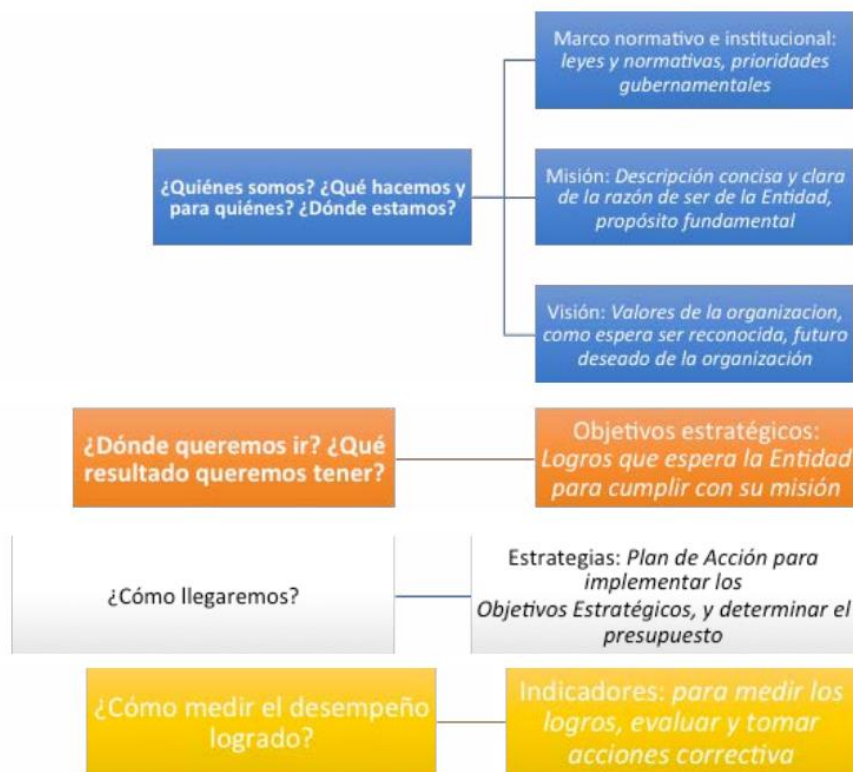


METODOLOGÍA Y FASES DE LA ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Una de las herramientas de administración en salud es la planificación estratégica como forma de orientar a las organizaciones hacia el logro de la eficacia, eficiencia y calidad. Esta no es otra cosa que una reflexión ordenada sobre el qué lograr y cómo lograrlo; una ruta clara y ojalá precisa que oriente a todos los integrantes de la organización, sobre qué hacer, cuándo hacerlo, con qué recursos, donde y con quiénes.

La Planificación Estratégica se trata de la aplicación de pensamiento analítico y dedicación de recursos a la acción, bajo una mirada de responsabilidad en el quehacer. Considerando lo anterior el hospital requiere de planificar a fin de asumir los riesgos correctos en base a las observaciones del presente.

Con respecto a la metodología, se sigue la estructura establecida por MINSAL observada en la imagen.



A partir de un diagnóstico de la situación actual, la Planificación Estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo.

Este proceso comienza con la construcción colectiva de Visión y Misión y desde ellas se desprenden Objetivos Estratégicos, indicadores y metas.



Identificación del Hospital

MISIÓN DEL HOSPITAL

Somos una institución de salud que entrega atención médica y quirúrgica integral al adulto, en su modalidad electiva, brindando a los usuarios de la red, una atención de salud de calidad, oportuna, eficiente, segura y equitativa, en un proceso de mejoramiento continuo de sus recursos: humanos, tecnológicos y financieros.

VISIÓN DEL HOSPITAL

Ser una institución de salud de alta complejidad, innovadora, resolutive, re acreditada por la excelencia en sus procesos, asistencial docente, autogestionado en red, y centrado en las personas, las que serán acogidas en forma oportuna y eficiente en un ambiente de amabilidad, respeto y humanidad.

VALORES DEL HOSPITAL





Diagnóstico Situacional: Análisis Externo e Interno

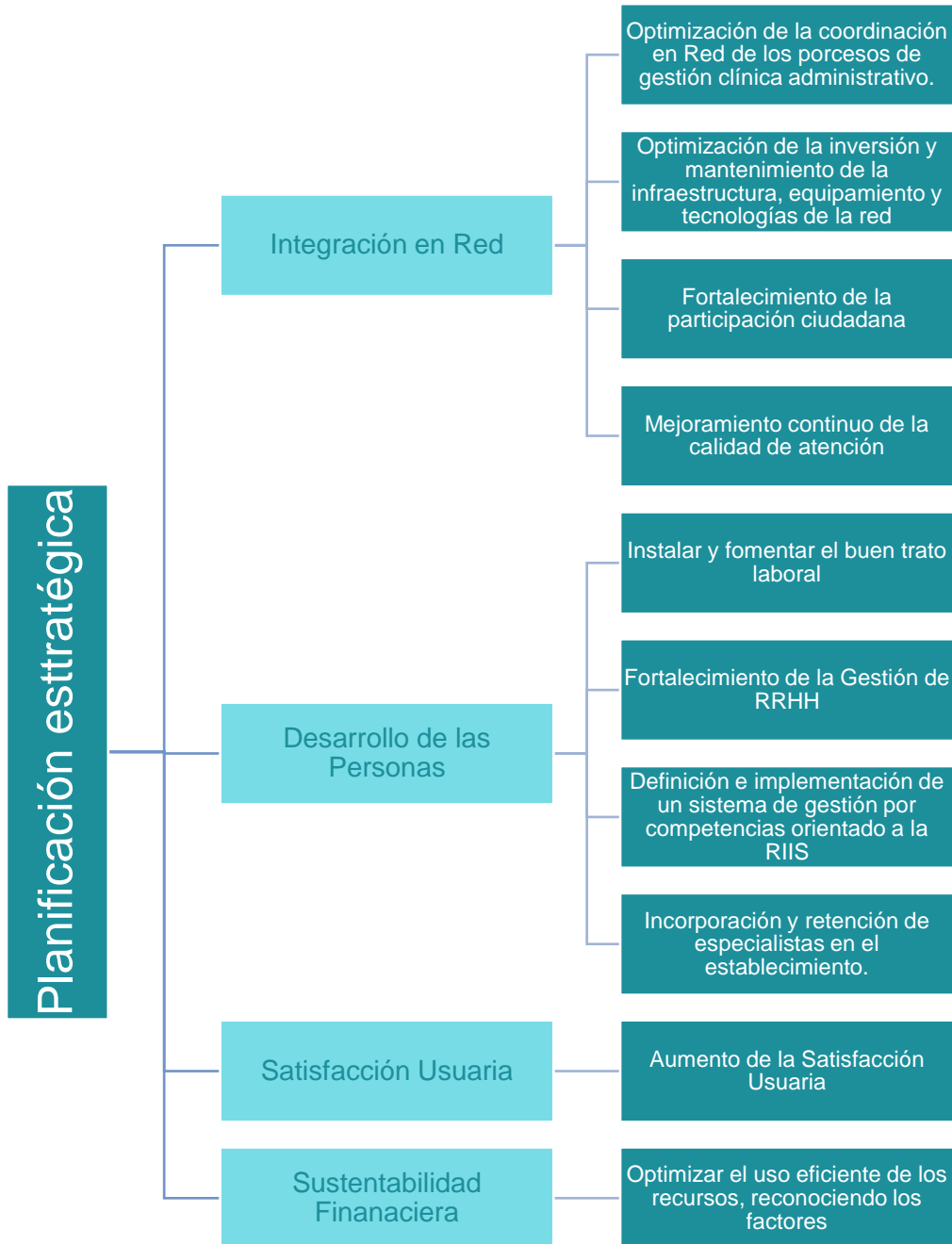
Tras la reunión realizada el día 10 de diciembre del año 2019, se analizó la metodología para la elaboración de la planificación estratégica, en donde el principal tema a tratar fue el análisis FODA. Se realizó un trabajo en donde se establecieron 4 grupos, cada uno compuesto por personal clínico y administrativo, lo cual permite obtener una visión más global con respecto a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas a las cuales está sometida el establecimiento.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital autogestionado en Red y acreditado en estándares de atención abierta y cerrada por parte del ministerio de salud 2. Buen nivel de satisfacción usuaria. 3. Servicio de hospitalización domiciliaria consolidado. 4. RRHH capacitado y comprometido con la calidad de la atención. 5. Unidad GRD y Estadística consolidada. 6. Sentido de compromiso de los funcionarios hacia la institución. 7. Vínculo asistencial - docente 8. Mejora continua en la actualización de protocolos. 9. Políticas de bienestar que mejoran entorno laboral. 10. Pabellones quirúrgicos dotados de tecnología de punta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brecha de RRHH tanto a nivel clínico y administrativo. 2. Brecha tecnológica y de infraestructura en servicios clínicos. 3. Sistemas informáticos desactualizados y no generan interoperabilidad. 4. Existen problemas en registros de prestaciones y diagnósticos. 5. Alto índice de ausentismo laboral. 6. Falta de un servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico que funcione 24 horas. 7. Falta de una bodega de Farmacia centralizada. 8. Ficha clínica en papel. 9. Lentitud en proceso de inducción para personal nuevo.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de estudio de pre inversión hospitalaria, el cual se encuentra en 1ra fase, normalizado, y asociado a centro macroregional oncológico. 2. Capacidad de expansión hospitalaria. 3. Nuevos sistema de financiamiento asociado a los Grupos relacionados al Diagnóstico GRD. 4. Nueva categoría de Hospital Especializado. 5. Incentivo a capacitaciones de funcionarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de recursos se encuentra centralizada a nivel del servicio de salud. 2. Sistema de Salud desfinanciado. 3. Alta rotación de personal, lo cual se asocia a una fuga de profesionales. 4. Diseño de la Red actual. 5. Dificultad en acceso vial. 6. Alta rotación de profesionales. 7. Falta de especialistas. 8. Dificultad para aplicar la ley frente al ausentismo laboral y comportamiento funcionario.



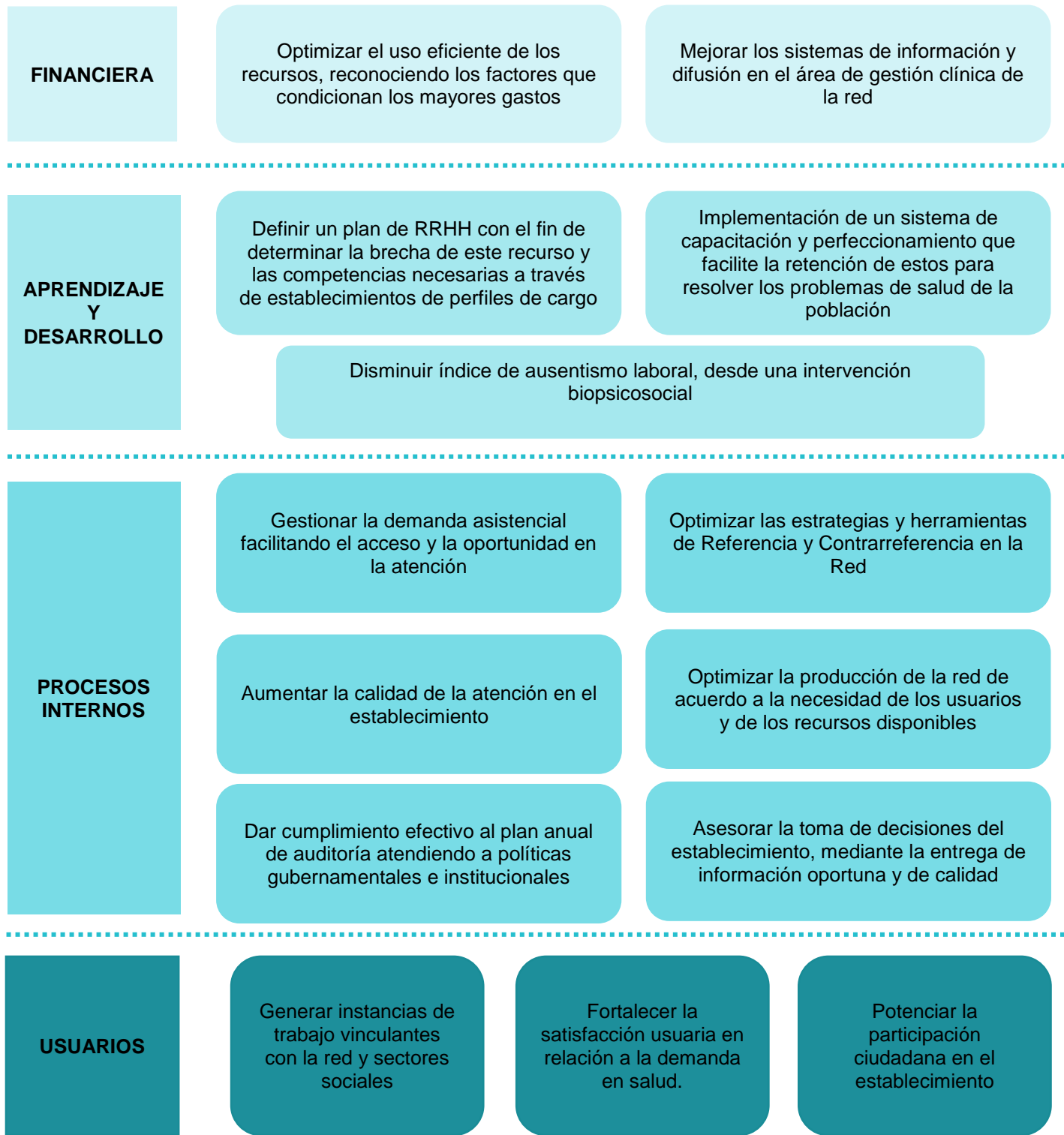
DEFINICIÓN DE LINEAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES.

Se identifican cuatro ámbitos con los cuales se deben trabajar, Integración con la Red, Desarrollo de las Personas, Satisfacción Usuaría y Sustentabilidad Financiera. A cada uno de estos ámbitos se le relacionan líneas estratégicas, objetivos estratégicos, específicos, actividades, metas y responsables.



MAPA ESTRATÉGICO HEP

Los objetivos estratégicos de la institución junto con las respectivas perspectivas se muestran en el siguiente diagrama:





POLITICA

GESTIÓN CLINICA, ADMINISTRATIVA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Busca contribuir a la atención integral del paciente mediante una mejora continua de la calidad, oportunidad y seguridad de los procesos asistenciales. A través de esta, también se busca un fortalecimiento de la coordinación asistencial mediante una organización centrada en el paciente.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad en la atención.	Cumplir con las GES de acuerdo al marco legal vigente	Porcentaje de garantías de oportunidad GES cumplidas en la red	N° de Garantías Cumplidas + Incumplidas + Exceptuadas / N° de Garantías Cumplidas + Incumplidas con Hito + Incumplidas sin Hito (Incluye No Gestionables) + Exceptuadas *100	Cumplir al 100% con las GES	SDM	Informe anual del SSVSA	100%	100%	100%
Optimizar las estrategias y herramientas de Referencia y Contrarreferencia en la Red	Aumentar el porcentaje de contrarreferencias al alta	Monitorear de Contrarreferencias generadas a la alta médica.	(N° Contrarreferencias al alta generadas en periodo t/Total de altas en periodo t) * 100	Contar con un nivel de contrarreferencias superior al 80%	Jefe Centro de Especialidades HEP	Informe mensual de CR	20%	50%	>80%
		Implementar un sistema informativo para generar la contrarreferencia automática con epicrisis	(N° de actividad realizadas según cronograma / Total de actividades del cronograma)*100	Contar con sistema de contrarreferencias 100% operativo	SDA-SDM	Sistema en uso	100%		
	Disminuir promedio de días de espera para consulta nueva de Especialidad	Identificar especialidades con mayor lista de espera en consultas	(N° de días de espera Promedio por consulta nueva de Especialidad año (t) - N° de días de espera Promedio por consulta nueva de Especialidad año (t-1)) / N° de días de espera Promedio por consulta nueva de Especialidad año (t-1) *100	Disminuir al 30% la lista de espera	Jefe Atención abierta	Porcentaje de disminución al término del período.	-5	-10	-15

		Aumentar el número de consultas nuevas en las especialidades con mayor lista de espera	(N° consultas nuevas de especialidad realizadas en período t / N° total de consultas de especialidad período t)*100	Aumentar el porcentaje de consultas nuevas a un 35%	SDM Control de gestión	Porcentaje de aumento de consultas nuevas	35%	35%	35%
Generar instancias de trabajo vinculantes con la red y sectores sociales	Establecer vinculación directa con sectores sociales a través de Consejo de Desarrollo Local	Crear Consejo de desarrollo local HEP	Resolución que crea consejo de desarrollo local HEP	Generar instancias de participación intersectoriales	Encargada de participación ciudadana	Resolución que crea nuevo consejo	100%		
		Generar conversatorios en el establecimiento	(N° de actividades desarrolladas/N° actividades programadas)*100	Desarrollar instancias a menos 1 vez al año	Encargada de participación ciudadana	Actas de asistencia	100%	100%	100%
Aumentar la calidad de la atención en el establecimiento	Asegurar el funcionamiento óptimo y permanente de del equipamiento e instalaciones del establecimiento para brindar una atención de calidad y segura	Realizar seguimiento de vida útil de equipos médicos	Existencia de informe anual que dé cuenta de catastro de equipos médicos.	Asegurar el monitoreo del funcionamiento y estado de equipos médicos.	Unidad de Equipos Médicos	Informe Anual	100%	100%	100%
		Funcionamiento permanente de comité de inversiones	(N° de reuniones realizadas/ N° reuniones programadas)*100	Sesionar de acuerdo a su manual de organización.	Comité de Inversiones	Actas de asistencia	100%	100%	100%
		Elaborar y ejecutar programa anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y relevantes.	(N° de equipos críticos con mantenimiento oportuno / N° total de equipos críticos programados con mantención en periodo t)	100% anual	Unidad de Equipos médicos	Informe Anual	100%	100%	100%
	Implementar un plan de calidad orientado a la seguridad de la atención y cumplimiento de estándares de acreditación.	Actualizar documentos que vencen durante el año.	(N° Documentos Actualizados durante periodo t /N° Documentos que vencen durante periodo t) * 100	Mantener los documentos vigentes.	Encargada de Calidad HEP	Planilla con plazos de vencimiento	80%	80%	100%
		Realizar autoevaluación anual de características obligatorias de acreditación.	Realización de actividades de evaluación pertinentes	Mantener estándares de acreditación.	Encargada de Calidad HEP	Reporte anual de cumplimiento	100%	100%	100%
		Elaborar plan de trabajo anual	Existencia de plan de trabajo anual actualizado		Encargada de Calidad HEP	Documento anual	100%	100%	100%

		Evaluar cumplimiento del plan de trabajo.	$(N^{\circ} \text{ actividades mínimas exigidas realizadas} / N^{\circ} \text{ actividades mínimas exigidas programadas}) * 100$	Cumplir con plan de trabajo anual.	Encargada de Calidad HEP	Reporte anual de cumplimiento	100%	100%	100%
	Evitar eventos centinela de alto costo para la institución y seguridad del paciente	Reportar re operaciones generadas de forma mensual	$(N^{\circ} \text{ de re operaciones reportadas a calidad y control gestión en periodo t} / N^{\circ} \text{ re operaciones generadas en periodo t}) * 100$	Mantener una comunicación eficiente entre unidad quirúrgica y administrativa	Jefe Pabellón	Planillas mensuales de reintervenciones	100%	100%	100%
		Analizar causas de reintervenciones con planificadas	$(N^{\circ} \text{ de reintervenciones no planificadas en periodo t} / \text{Total pacientes operados en periodo t}) * 100$	Mantener un porcentaje de re operaciones menores al 2%.	Jefe Pabellón	Actas de reuniones	<2%	<2%	<2%
Optimizar la producción de la red de acuerdo a la necesidad de los usuarios y de los recursos disponibles	Aumentar la producción del establecimiento	Generar plan de trabajo para disminución de outliers superiores	$(N^{\circ} \text{ de actividad realizadas} / N^{\circ} \text{ actividades programadas}) * 100$	Disminuir estancia hospitalaria	Jefe Unidad de Producción Hospitalaria	Informes con actividades realizadas BSC			
		Realizar análisis y seguimiento mensual de las especialidades	$(N^{\circ} \text{ egresos por cc año N} / N^{\circ} \text{ de egresos cc año (N-1)}) * 100$	Aumentar sobre el 15% la producción	Jefe de Unidad de Producción Hospitalaria y SDM	Informes y seguimiento mensual	5%	7%	15%
	Aumentar el uso de pabellón	Distribución eficiente de la tabla quirúrgica	$(N^{\circ} \text{ horas mensuales ocupadas de quirófanos habilitados} / \text{Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados}) * 100$	Aumentar el uso de pabellón al 80%	Jefe de Pabellon y SDM	COMGES - BSC	68%	75%	80%
Contar con personal capacitado para que el pabellón funciones desde las 8:00 a las 17:00 hrs.									



POLITICA

GESTIÓN FINANCIERA, CONTABLE Y PRESUPUESTARIA

Se deberá velar por un control adecuado, permanente y eficiente en el uso de los recursos financieros, lo cual es clave para garantizar un oportuno equilibrio financiero. La gestión financiera incluye procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos, lo cual busca optimizarlos procesos de administración con eficiencia y oportunidad.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan los mayores gastos	Contar con un sistema de inventarios valorado	Implementar sistema informático para valorización de inventario	(N° de actividad realizadas según cronograma / Total de actividades del cronograma)*100	Tener el 100% de las bodegas inventariadas	SDA	Sistema en uso con toda la información al día	70%	85%	100%
Mejorar los sistemas de información y difusión en el área de gestión clínica de la red	Implementación de SIDRA	Realizar las actividades necesarias para la implementación de SIDRA	N° de actividad realizadas según cronograma / Total de actividades del cronograma*100	Contar con un sistema informativo que genere información trasversal	SDA	Sistema implementado al 100% en el año 2022	Metas en base a SSVSA	Metas en base a SSVSA	Metas en base a SSVSA

POLITICA

RECURSOS HUMANOS

La política de RRHH del establecimiento busca disponer del personal necesario para satisfacer las necesidades de salud del establecimiento. Las políticas de recursos humanos incluye la gestión de las personas, capacitación, selección y calidad de vida laboral.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Definir un plan de RRHH con el fin de determinar la brecha de este recurso y las competencias necesarias a través de establecimientos de perfiles de cargo.	Generar levantamiento de Perfiles de Cargo según competencias	Actualizar manual de funciones del establecimiento	Documento actualizado	Mantener un manual de funciones actualizado y en concordancia con el organigrama del establecimiento.	Sub RRHH	Resolución que apruebe manual de funciones actualizados	100%	100%	100%
		Levantar de forma gradual los perfiles de cargo para cada unidad del hospital	Nº de perfiles de cargos levantados / Total de cargos *100	Contar con todos los perfiles definidos	Sub RRHH	Perfiles de cargo definidos por expertos	25%	50%	100%
	Determinar la brecha de RRHH considerando las necesidades locales y estándares nacionales.	Realizar un informe de brechas en conjunto con Unidades y Servicios clínicos de forma anual.	Informe de brechas por unidades y servicios clínicos	Tener en conocimiento al inicio de cada año la brecha de RRHH existente	Sub RRHH	Informe Anual	100%	100%	100%
Implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.	Realizar capacitaciones al personal médico que contribuyan a el perfeccionamiento	Gestionar a lo menos 2 capacitaciones del área médica al año	Nº de capacitaciones realizadas/Nº total de capacitaciones programadas	A lo menos 2 por año	Sub RRHH	Certificado de capacitaciones	2	2	2
Disminuir índice de ausentismo laboral, desde una intervención biopsicosocial	Desarrollar plan de trabajo para disminuir días de ausentismo	Generar reportes trimestrales de índice de ausentismo	(Nº de reportes generados/Nº de reportes programados)	Tener un seguimiento de los días de ausentismo para generar planes de intervención.	Sub RRHH	Informes trimestrales	<23 días	<21 días	< 19 días

		Identificar principales nodos críticos en temas de ausentismo	Informe que dé cuenta de principales causas de ausentismo		Sub RRHH	Informe			
--	--	---	---	--	----------	---------	--	--	--

POLITICA									
SATISFACCIÓN USUARIA									
El establecimiento está en constante trabajo para poder satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, generando instancias que permitan lograrlas, respecto a la información, trato, oportunidad de respuestas entre otras tareas realizadas.									
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Fortalecer la satisfacción usuaria en relación a la demanda en salud.	Garantizar cumplimiento de la oportunidad, calidad y gestión de los reclamos.	Revisión periódica de reclamos recibidos en plataforma OIRS	(N° de reclamos respondidos de manera oportuna periodo t) / (Total de reclamos en periodo t)	El 100% de los reclamos respondidos en un plazo máximo de 15 días.	Jefe OIRS	Informe semestral de cumplimiento de oportunidad de reclamos	100%	100%	100%
		Realizar capacitaciones para mejorar la calidad de respuesta	(N° Capacitaciones realizadas) / (N° Capacitaciones programadas)	Socializar e instruir a funcionarios respecto a parámetros necesarios a considerar al momento de generar las respuestas a reclamos.	Jefe OIRS	Actas de asistencias y presentaciones	50%	80%	100%
		Analizar e identificar tres tipologías con mayor cantidad de reclamos	(N° de reclamos por tipología en periodo t - N° de tipología priorizada en periodo t-1)	Al 2022 haber disminuido la cantidad de reclamos en las tres tipologías priorizadas.	Control de Gestión	Informe trimestral.			100%

		Elaboración Plan de mejora para el tratamiento de satisfacción usuaria	(N° de acciones implementadas del plan en periodo t)/(Total de acciones estipuladas en periodo t)	Disminuir de forma anual la cantidad de reclamos en tres tipologías que presenten mayor cantidad.	Jefe OIRS Control de Gestión	Documento de plan de mejora y cronograma	100%	100%	100%
	Orientar a usuarios externos de la Red con respecto a funciones OIRS.	Generar charlas informativas con respecto a funciones de OIRS	(N° de actividades realizadas)/ (N° actividades programadas en plan de actividades)	Informar a usuarios del establecimiento acerca de las funciones de la OIRS	Jefe OIRS	Presentaciones realizadas		60%	100%
		Generar material informativo para usuarios.			Jefe OIRS	Material Informativo		60%	100%
Potenciar la participación ciudadana en el establecimiento	Implementar estrategias generadas por instancias formales de participación efectiva	Sesionar CCU de acuerdo a manual de organización.	(N° sesiones realizadas al periodo t/N° sesiones programadas al periodo t)*100	Cumplir con el 100% de las sesiones programadas por CCU durante el año	Encargada de Participación ciudadana	Actas de asistencia	100%	100%	100%
		Elaborar Plan anual de actividades	Existencia de un plan anual de actividades elaborado durante el primer trimestre.	Elaboración de un plan anual de actividades.	Encargada de Participación ciudadana	Documento	Plan elaborado a marzo	Plan elaborado a marzo	Plan elaborado a marzo
		Presentar plan anual de actividades a comunidad	Acta de participación en sesión de presentación de plan de trabajo	Generar una retroalimentación desde la comunidad.	Directora HEP	Informe anual	100%	100%	100%
		Elaborar un plan de trabajo a seguir por CCU.	(N° actividades implementadas en periodo t/ N° actividades programadas en periodo t)	Cumplir al 100% con plan de trabajo generado.	Encargada de Participación ciudadana	Informe anual	100%	100%	100%
		Generar instancia de apoyo y capacitación a comunidad	N° de actividades realizadas en el año/N° de actividades programadas para el año	Mantener el vínculo entre el establecimiento y la comunidad	Encargada de Participación ciudadana	Informes por actividad	Mínimo 3 actividades anuales	Mínimo 3 actividades anuales	Mínimo 3 actividades anuales



POLITICA

AUDITORIA

Contribuir a la mejora de la gestión del riesgo y controles internos institucionales, tanto en áreas clínicas y administrativas.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Dar cumplimiento efectivo al plan anual de auditoría atendiendo a políticas gubernamentales e institucionales.	Cumplir con plan anual de auditoría	Según plan anual	(N° de actividades generadas/N° actividades programadas)*100	Cumplir con plan anual de auditoría de acuerdo a lo programado.	Unidad de Auditoría HEP	Informe de evaluación anual	100%	100%	100%
		Compromisos suscritos formalizados por auditado.	(N° de compromisos formalizados/N° compromisos generados)				80%	80%	80%
	Realizar un seguimiento de compromisos implementados y no implementados del año anterior y en curso	Generar planilla de seguimiento	Existe planilla de seguimiento de compromisos (SI/NO)	Generar un control sobre los compromisos generados a partir de los hallazgos de las auditorías realizadas.			Planilla de seguimiento	100%	100%



POLITICA

CONTROL DE GESTION

Equipo profesional que busca asesorar al establecimiento mediante la entrega de información de manera oportuna, de calidad, confiable y periódica.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Verificador	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022
Asesorar la toma de decisiones del establecimiento, mediante la entrega de información oportuna y de calidad.	Establecer un modelo de funcionamiento operativo de la unidad de planificación y control de gestión	Diseñar un manual de funciones de la unidad.	Existencia de manual de funciones (SI /NO)	Contar con una unidad con las funciones definidas	Encargado de control de gestión	Resolución exenta que aprueba manual de funciones.	100% (Primer semestre)		
		Entregar informes mensuales a equipo directivo y referentes	(N° Informes entregados/N° informes programados)*100	Mantener informado y generar una retroalimentación con equipo directivo.	Unidad Control de gestión	Informes elaborados	100%	100%	100%
	Realizar mediciones objetivas a través de indicadores	Utilizar indicadores establecidos por MINSAL.	(N° de indicadores utilizados/n° indicadores aplicables al establecimiento)	Mantener un monitoreo de todas las actividades requeridas Y una gestión efectiva a nivel hospitalario.	Unidad Control de gestión	Registros mensuales de BSC, MS, CG.	100%	100%	100%
		Elaborar herramientas y/o indicadores para generar gestión efectiva	Elabora herramientas y/o indicadores durante el año (SI/NO)			Indicadores y/o Herramientas de medición	100%	100%	100%
		Realizar diagnósticos durante el primer trimestre de cada año**	Diagnóstico del primer trimestre realizado (SI/NO)	Tener conocimiento sobre la situación en las distintas unidades para elaborar los planes pertinentes.		Informe diagnóstico	100%	100%	100%

** En relación a los diagnósticos, en caso de que la unidad posea indicadores bajo lo esperado se elaborarán planes de mejora, los que incluirán acciones preventivas y/o correctivas. Estos planes deberán ser desarrollados durante el año en curso y su ejecución será de responsabilidad del jefe de la unidad en cuestión. La unidad de control de gestión será la encargada de su monitoreo.