



SERVICIO DE SALUD M. SUR
HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU
DIRECCIÓN
ODU/MRH/cvl



RESOLUCIÓN EXENTA.:

4967

San Miguel, 30 DIC 2025

VISTOS: Lo establecido en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; El Decreto de Salud N°38, de 2005, Reglamento Orgánico de los establecimientos de Salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red y sus modificaciones; Resolución Exenta RA 446/9/2024 del 09 de febrero de 2024 del Servicio de Salud Metropolitano Sur, de designación en el cargo de Director del Hospital Barros Luco Trudeau; la Resolución N° 36, de 2024, de Contraloría General de la República, que Fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; y;

CONSIDERANDO:

Que, siendo el Hospital Barros Luco Trudeau definido como de aquellos autogestionados en red, y a fin de dar cumplimiento a los requerimientos exigidos para la obtención de dicha calidad, surge la necesidad de definir y aprobar un plan de desarrollo estratégico que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio de Salud respectivo;

Que, en este sentido, se ha dispuesto la elaboración de un documento denominado "Planificación Estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau 2025-2028" de acuerdo a la Resolución Exenta N° 2356 del 30 de junio de 2025, que tiene por objeto guiar al establecimiento en el desarrollo de los objetivos prioritarios en el periodo, ayudando en la toma de decisiones del quehacer diario, indicando el camino que se debe recorrer para lograr el desarrollo de la visión hospitalaria, donde no solo se requiere una adecuada adaptación a los cambios, sino que anticiparse a los mismos y a las demandas de los usuarios internos y como de la comunidad en general, para otorgar mayor eficiencia, eficacia y calidad en los servicios que se prestan, logrando impacto sanitario, en miras a la continua atención de los usuarios;

Que, en virtud de lo anterior, y siguiendo los criterios y principios del acto administrativo, es que se debe actualizar el documento de "Planificación Estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau 2025-2028" de acuerdo al nuevo organigrama de la institución con Resolución Exenta N°3913 del 07 de octubre de 2025, así como el plan de actividades, es que dicto la siguiente;

RESOLUCIÓN:

1.- DÉJESE SIN EFECTO la Resolución Exenta N° 2356 del 30 de junio de 2025, sobre "Planificación Estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau, periodo 2025-2028".

2.- APRUÉBESE la actualización de "Planificación Estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau, periodo 2025-2028", cuyo texto es del siguiente tenor;

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITAL BARROS LUC TRUDEAU 2025-2028



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO REGULATORIO Y CONCEPTUAL.....	5
2.1 Reforma de Salud.....	5
2.2 Objetivos Sanitarios.....	5
2.3 Modelo de Atención Integral en Salud	6
2.4 Establecimientos Autogestionados en Red.....	6
2.5 Redes Integradas de Servicios de Salud y Compromisos de Gestión.....	7
3. HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU	8
3.1 Historia del HBLT.....	8
3.2 Contexto Demográfico.....	8
3.3 Infraestructura, Dotación y Servicios.....	9
4. ORGANIGRAMA.....	10
5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....	11
6. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.....	14
6.1 Declaraciones Estratégicas.....	14
6.1.1 Misión.....	14
6.1.2 Visión	15
6.1.3 Valores.....	15
6.2 ANÁLISIS DE CONTEXTO.....	16
6.3 DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	18
6.4 PROPUESTAS DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES PARA EL HBLT	20
7. MAPA ESTRATÉGICO	27
7.1 Sistema de Control de Gestión	28
8. Plan de Actividades	35
9. ANEXOS.....	42
9.1 Anexo I: Proceso de Planificación Estratégica y Levantamiento de la Información	42
9.2 Anexo II: Caracterización de la población encuestada del HBLT	52
9.3 Anexo III: Políticas del HBLT	54
9.4 Anexo IV: Versión extendida del organigrama del HBLT.....	65

1. INTRODUCCIÓN

La Planificación Estratégica es un proceso dinámico, continuo y participativo que permite a las organizaciones anticiparse a los desafíos del entorno, definir objetivos comunes y orientar sus esfuerzos hacia el logro de metas institucionales de mediano y largo plazo. Se convierte en una hoja de ruta institucional, establecida para orientar la gestión clínica, administrativa y financiera del establecimiento, promoviendo la mejora continua, el fortalecimiento de los equipos de trabajo, la optimización de los procesos asistenciales, la innovación tecnológica y la generación de valor para los usuarios.

Para los establecimientos de salud, este proceso adquiere especial relevancia, dado que las necesidades de la población, las condiciones epidemiológicas, los avances tecnológicos y las exigencias normativas evolucionan de manera permanente, demandando una gestión proactiva, eficiente y centrada en las personas.

En este contexto, el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) desarrolló durante el 2024 y 2025 un proceso amplio de análisis, reflexión y construcción colectiva, destinado a elaborar su Planificación Estratégica institucional 2025–2028.

Este proceso incorporó diversas instancias de participación, incluyendo entrevistas a directivos, jefaturas y representantes gremiales, talleres inter-estamentarios, encuestas aplicadas a la totalidad de los funcionarios, junto con la revisión detallada de documentos normativos, lineamientos ministeriales e información de desempeño institucional.

El resultado de este trabajo colaborativo es la presente Planificación Estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau para el período 2025–2028, la cual integra: una revisión del contexto sanitario nacional, un análisis de la realidad organizacional del hospital, las declaraciones estratégicas institucionales (misión, visión y valores), los ejes y objetivos estratégicos definidos para el período, el modelo de control de gestión que permitirá monitorear su cumplimiento, y los principales desafíos y proyecciones para consolidar una institución moderna, eficiente, resolutiva y humanizada.

Este instrumento que orientará las decisiones futuras de la dirección y de todos los equipos del hospital, asegurando coherencia con los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL), la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), contribuyendo así, al fortalecimiento de la red asistencial, al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios del país y a atender las necesidades de una población asignada de más de 1,3 millones de personas.

CONTEXTO DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU



Hospital Barros
Luco Trudeau

Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de
Salud

2. MARCO REGULATORIO Y CONCEPTUAL

El Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) desarrolla su labor en un sistema de salud público en permanente transformación, marcado por reformas, exigencias normativas, desafíos epidemiológicos, avances tecnológicos y crecientes expectativas de la población. Comprender este contexto es esencial para orientar adecuadamente la planificación estratégica institucional para el período 2025–2028. A continuación, se describe el marco regulatorio y conceptual que sustenta la acción del hospital dentro del Sistema Nacional de Salud:

2.1 Reforma de Salud

La Reforma de Salud en Chile o también conocida como Reforma AUGE, ha sido el mayor esfuerzo realizado por el país en las últimas décadas, con lo cual se permite entregar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas¹. Estos requisitos siguen vigentes hoy en día, con nuevos problemas de salud garantizados que se han ido agregando a lo largo de estos años y que plantean nuevos desafíos en términos de eficiencia clínica, trabajo colaborativo, oportunidad resolutiva y transparencia para garantizar que los prestadores cumplan los plazos establecidos y que otorguen una atención de calidad y oportuna.

2.2 Objetivos Sanitarios

Los Objetivos Sanitarios son un conjunto de metas nacionales que el Ministerio de Salud (MINSAL) define para un período de 10 años como parte de su Estrategia Nacional de Salud. Su propósito es orientar las políticas públicas, programas y recursos del sistema de salud para mejorar la calidad de vida de la población y reducir las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte. A través de ellos, se ha definido el nivel de salud que se quiere lograr en la década y cuáles son las estrategias para conseguirlo². Los objetivos estratégicos que guiarán los esfuerzos para los años 2021 al 2030 son:

- 1) Mejorar la salud y bienestar de la población.
- 2) Disminuir las inequidades.
- 3) Asegurar la calidad en la atención de salud, y
- 4) Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

Estos objetivos constituyen un marco de referencia clave para los hospitales públicos, ya que sus estrategias institucionales deben alinearse con ellos, especialmente en lo relacionado con gestión clínica, calidad, seguridad del paciente, salud digital y fortalecimiento de la red asistencial.

¹ Ministerio de Salud. Departamento Desarrollo Estratégico. Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile.

² Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2006). Objetivos Sanitarios 2000-2010. Serie Cuadernos de Redes Nº5.

Para los cuatro Objetivos Sanitarios de la presente década, se desarrollan siete ejes (junto con cuarenta y dos metas), lo cual se resume en la siguiente imagen:

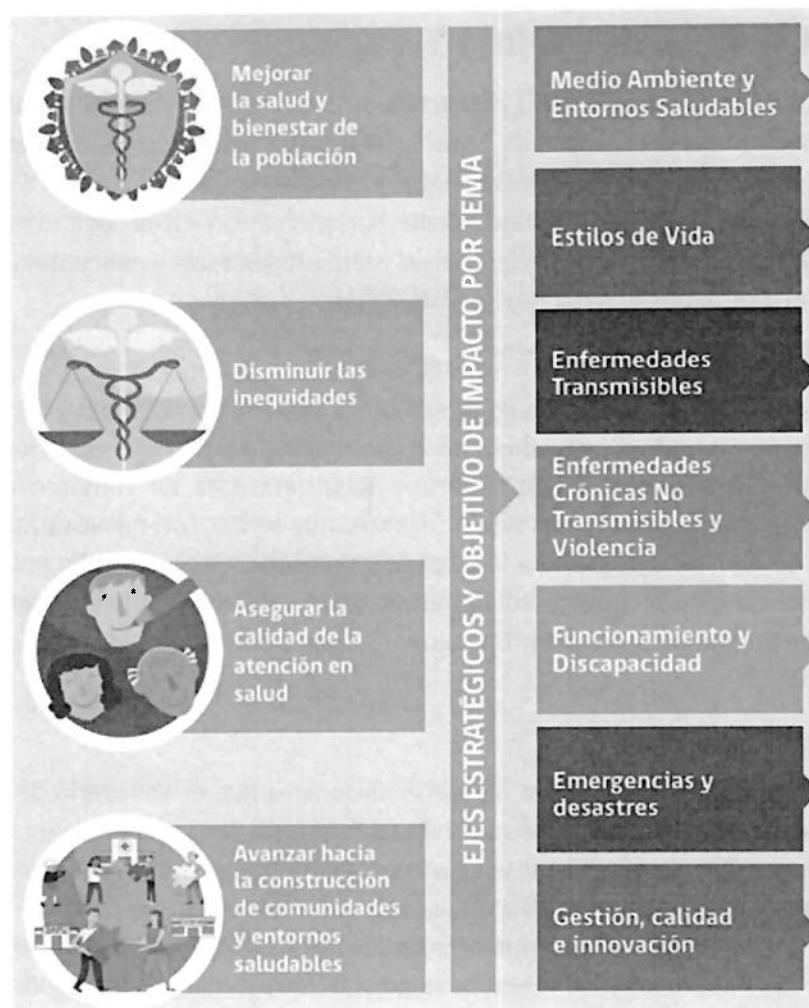


Imagen 1: Objetivos y ejes estratégicos. Fuente: Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 (2022).

2.3 Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) orienta a los establecimientos hacia un enfoque biopsicosocial e integral, centrado en las personas, familias y comunidades. Sus características principales son: Enfoque preventivo y promocional de la salud, Continuidad del cuidado a lo largo del ciclo vital, Participación activa de los usuarios (Autocuidado), Coordinación entre niveles de atención, Trabajo interdisciplinario y enfoque comunitario³.

De esta forma, este modelo plantea diversos desafíos para un hospital de alta complejidad, como lo es el HBLT: fortalecer la atención centrada en el usuario, la coordinación con la red asistencial (asegurar la continuidad del cuidado), la gestión de la multimorbilidad (gestión clínica basada en evidencia), la inversión en tecnología y capacitación del personal para enfoques preventivos y no solo curativos y, finalmente, la gestión del cambio (cultura organizacional).

2.4 Establecimientos Autogestionados en Red

Con la entrada en vigencia de la ley 19.937 en el año 2004, se definen dos tipos de establecimientos hospitalarios según su dependencia administrativa: los dependientes de la Red Asistencial territorial y los de Autogestión en Red. Estos últimos se relacionan con autonomía de gestión respecto de su Red Asistencial, pero siguen dependiendo de ella para la determinación del tipo de acciones ofrecidas a sus usuarios. Aquí nace la figura de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR),

³ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

con el propósito de mejorar la eficiencia en los hospitales más complejos del país, dentro de los cuales está el HBLT.

Para que un hospital pueda ser considerado como EAR (y mantener tal condición), se deben cumplir requisitos, los cuales están dictados por los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 del año 2005. La certificación del cumplimiento de estos requisitos se realiza de manera anual, de acuerdo a las disposiciones del Ministerio de Salud. En específico, cabe destacar que, en el artículo 16, en su apartado c), menciona que el establecimiento debe: "Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio". Por lo tanto, se hace necesario actualizar la Planificación Estratégica del HBLT, considerando además que la última versión correspondió al período 2018–2021 y que su revisión fue postergándose a causa de las exigencias generadas por la pandemia.

2.5 Redes Integradas de Servicios de Salud y Compromisos de Gestión

Dentro del modelo de organización de la metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2009 (para hacer frente a la alta fragmentación de las redes de servicios de salud), se identifican cuatro ámbitos de abordaje: **Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación de Recursos e Incentivos**. De estos cuatro ámbitos se desprenden catorce temáticas prioritarias (atributos) que una red de Servicios de Salud debe trabajar para lograr transformarse en una red coordinada e integrada⁴:

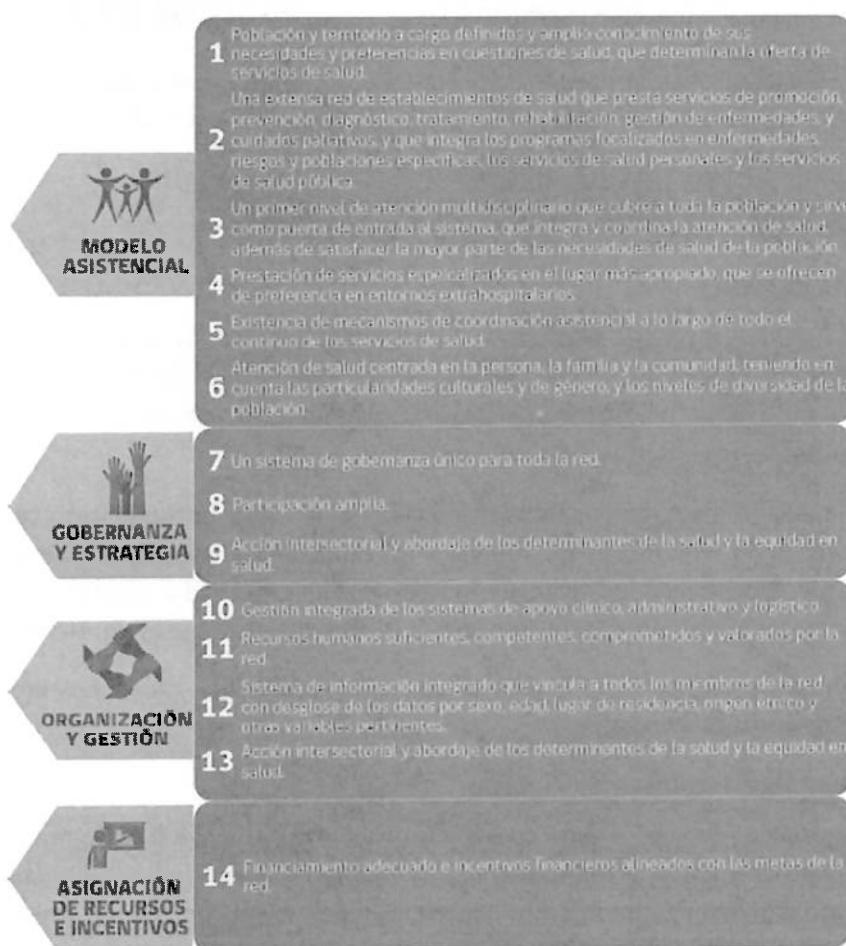


Imagen 2: Ámbitos y Atributos de las RISS. Fuente: Orientaciones Técnicas Compromisos de Gestión 2019.

⁴ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Control de Gestión. Compromisos de Gestión 2019. En el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Estas redes buscan garantizar: Acceso oportuno y equitativo, Atención integral, continua y de calidad, Uso eficiente de los recursos, Coordinación entre establecimientos del territorio y Resultados sanitarios sostenibles.

El HBLT cumple un rol estratégico dentro de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), al ser el establecimiento de mayor complejidad y referente en múltiples especialidades médica-quirúrgicas. Esto exige una coordinación permanente con: Atención Primaria (APS), Hospitales de menor complejidad, Dispositivos comunitarios y Servicios intersectoriales. Aquí también cobran importancia los Compromisos de Gestión (COMGES), que son una herramienta de control, que permiten evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos, priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para el periodo 2023 – 2026, el marco referencial y metodológico para el proceso de formulación de los COMGES se resume en la siguiente imagen:

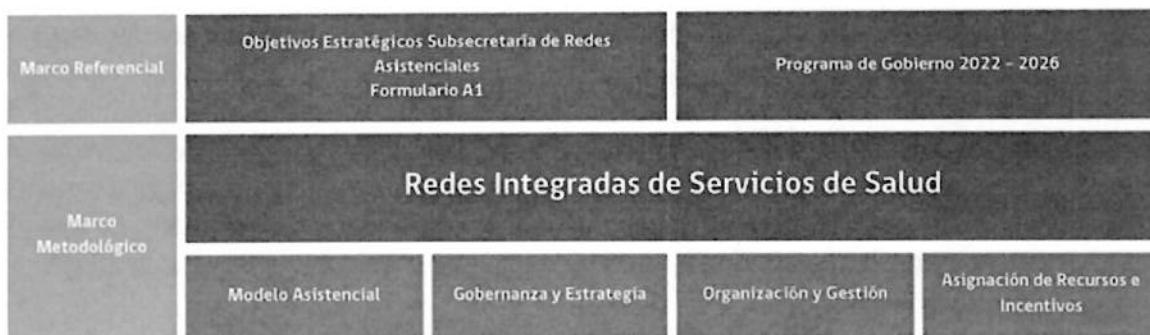


Imagen 3: Marco Metodológico de la formulación de los Compromisos de Gestión periodo 2023 – 2026.
Fuente: Orientaciones Técnicas Compromisos de Gestión 2023.

3. HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

3.1 Historia del HBLT

El HBLT posee una trayectoria que se remonta a comienzos del siglo XX, destacándose como uno de los establecimientos hospitalarios más emblemáticos del país. A lo largo de su historia, ha evolucionado en infraestructura, tecnología, organización y modelo de atención, respondiendo a las necesidades sanitarias emergentes de la población.

Su desarrollo ha estado marcado por hitos relevantes, tales como: consolidación como hospital de alta complejidad, la incorporación de nuevas especialidades y servicios clínicos, procesos de modernización tecnológica y digital, avances en gestión clínica, calidad y seguridad del paciente y su rol formador en docencia e investigación, en conjunto con universidades y centros de formación.

Esta trayectoria ha permitido que el HBLT se consolide como un establecimiento de referencia nacional en varias áreas asistenciales.

3.2 Contexto Demográfico

El Hospital Barros Luco Trudeau, es uno de los establecimientos de salud más grandes del país y de mayor complejidad dentro de la red asistencial del SSMS, el cual tiene una población inscrita de 1.123.956 personas (según últimos datos entregados por el mismo SSMS), provenientes de 11 distintas comunas, cuya población se distribuye de la siguiente forma:

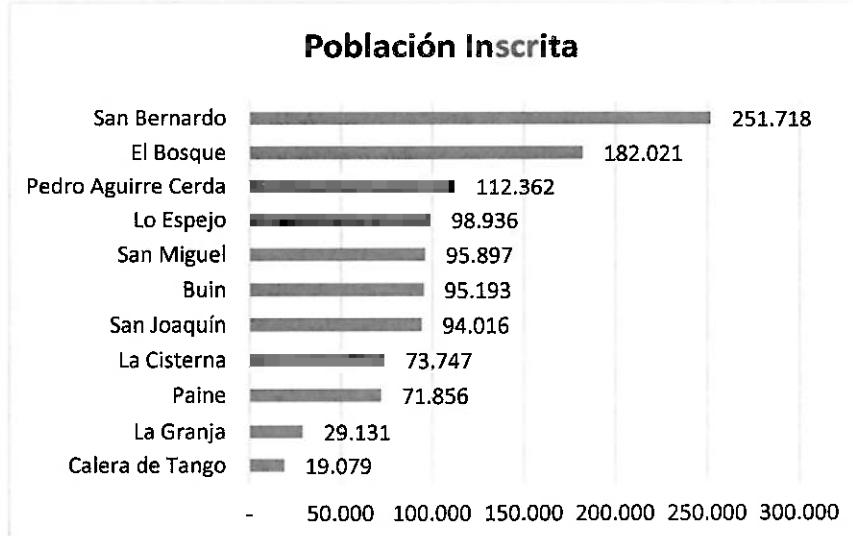


Imagen 4: Población Inscrita según comuna de origen. Fuente: DEIS.

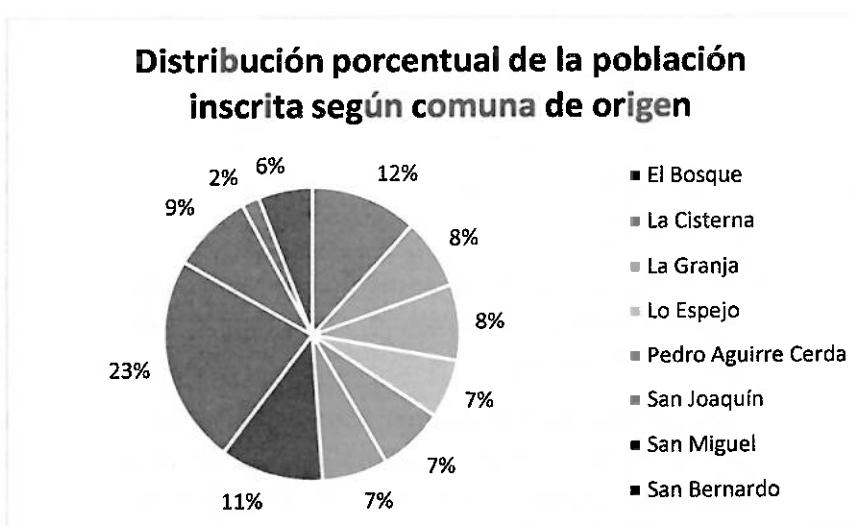


Imagen 5: Distribución Porcentual de la Población Inscrita según comuna de origen. Fuente: DEIS.

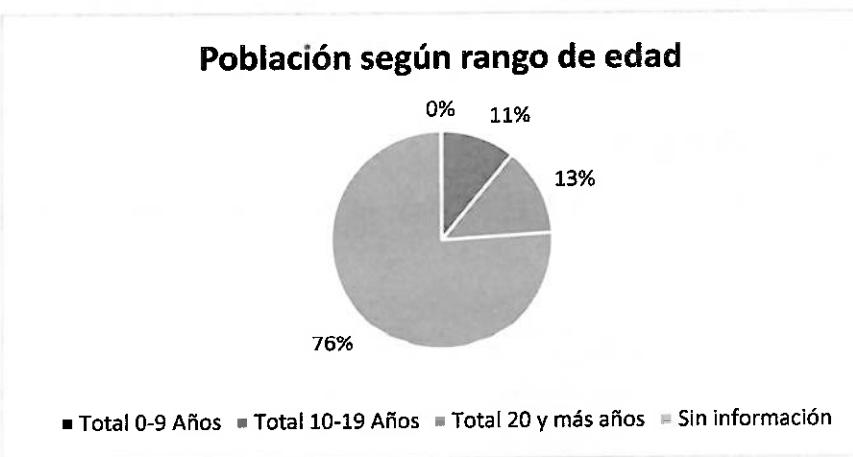


Imagen 6: Población según rango de edad. Fuente: DEIS.

3.3 Infraestructura, Dotación y Servicios

El HBLT posee una infraestructura de 74.367 mt² construidos, con una superficie de 258.958 mt², cuenta con 670 camas hospitalarias (131 camas críticas, 198 camas agudas y 341 camas básicas), 26 quirófanos, 210 boxes y salas de consultas ambulatorias, 20 sillones dentales, 19 unidades para quimioterapias, 8 sillones de hemodiálisis, 52 salas de procedimientos y 18 salas de exámenes imagenológicos. Además, cuenta con una dotación de personal compuesta por 4040 funcionarios:

1160 técnicos, 1148 profesionales, 750 médicos, odontólogos, bioquímicos y químicos, 498 auxiliares y 484 administrativos.

El HBLT es un establecimiento asistencial docente, autogestionado, re-acreditado en calidad y seguridad del paciente. Otorga atenciones a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencia, realiza intervenciones quirúrgicas y cuenta con atenciones de especialidades médico-quirúrgicas y odontológicas, entregando cobertura de patologías GES y no GES. Asimismo, cuenta actualmente con 150 cupos de Hospitalización Domiciliaria, entregando continuidad en la atención del paciente hospitalizado y contribuyendo a la liberación de camas hospitalarias.

Al año 2025 las especialidades médicas con las que cuenta el HBLT son: Anestesiología, Cirugía General, Dermatología, Diabetología, Inmunología, Medicina física y rehabilitación, Medicina interna, Medicina de urgencia, Medicina paliativa y de Manejo del dolor, Neurocirugía, Neurología adulto, Nutrición clínica, Obstetricia y ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría adulto, Traumatología y ortopedia y Urología. Dentro de sus subespecialidades están: Cardiología, Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial, Cirugía digestiva (Alta), Cirugía plástica y reparadora, Cirugía tórax, Cirugía vascular periférica, Coloproctología (Cirugía digestiva baja), Endocrinología adulto, Enfermedad respiratoria del adulto (Broncopulmonar), Gastroenterología adulto, Ginecología oncológica, Hematología, Infectología, Mastología, Medicina reproductiva e infertilidad, Nefrología adulto, Neonatología, Oncología médica, Reumatología y Medicina intensiva. Por otro lado, las especialidades odontológicas que tiene son: Ortodoncia, Rehabilitación oral, Cirugía y Traumatología máxilo-facial, Endodoncia, Odontopediatría, Trastornos temporomandibulares y Dolor orofacial, Periodoncia, Implantología y Patología oral.

Dentro de las Unidades de Apoyo presentes se encuentran: Imagenología, Anatomía Patológica, Laboratorio, Banco de Sangre, Farmacia, Esterilización, Alimentación y Nutrición, Servicio Social, Medicina Física y Rehabilitación y Kinesiología.

Entre los datos de producción más importantes del año 2024: se realizaron 249.148 consultas médicas de especialidad y 34.314 consultas odontológicas, se llevaron a cabo 686.433 procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hubo 110.595 atenciones de urgencia, se realizaron 2.634 partos, 26.521 intervenciones quirúrgicas, 3.355.319 exámenes de laboratorio, 191.397 exámenes de imagenología y 136.688 exámenes de anatomía patológica. Por otro lado, los egresos totales en el año 2024 fueron de 22.503 (con un índice ocupacional de un 84,3%) y hubo 7.099 pacientes atendidos en hospitalización domiciliaria.

4. ORGANIGRAMA

De acuerdo a la Resolución Exenta N°3913 de 2025, la estructura organizacional del HBLT es la siguiente:

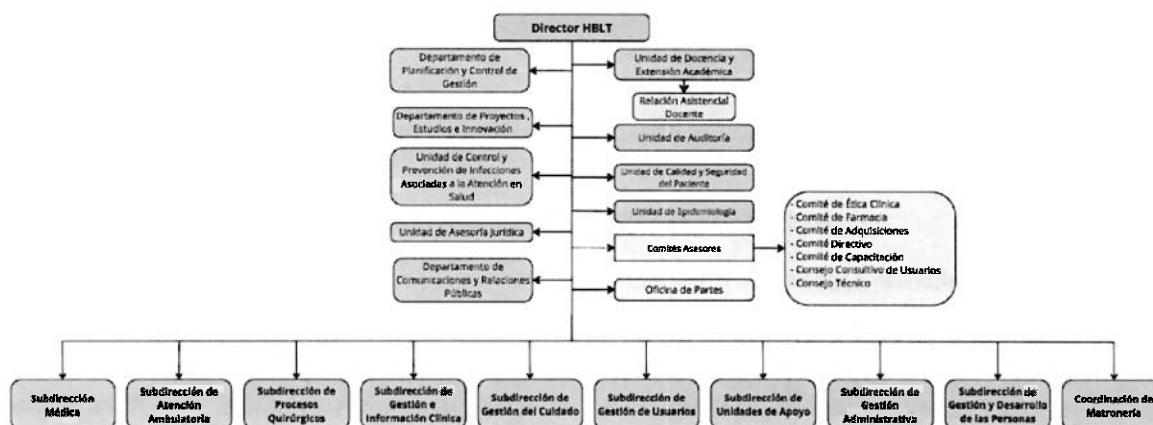


Imagen 7: Organigrama Resumido HBLT. Fuente: Resolución Exenta N°3913 de 2025.

La versión completa del organigrama HBLT se puede ver en Anexo IV

5. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Las políticas institucionales ayudan a que la planificación estratégica se traduzca en acciones prácticas, coherentes, efectivas y de manera articulada. Ellas proporcionan el marco necesario para coordinar recursos, actividades y decisiones, asegurando que la avance hacia el cumplimiento de su misión, visión y objetivos estratégicos. El Hospital Barros Luco Trudeau tiene en la actualidad 13 políticas, las cuales se mencionan a continuación:

1. Análisis y Gestión del Riesgo

Establece la relevancia de la gestión estratégica, con el análisis y el tratamiento del riesgo, con sus actividades: identificar, evaluar y gestionar los eventos no deseados, en todas las dimensiones en que estos puedan existir.

2. Auditoría Interna

Se define como una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, cuya finalidad es agregar valor y mejorar la gestión de la organización. Contribuye a cumplir los objetivos del Hospital, aportando un enfoque sistemático que apoya la evaluación y mejora de los procesos de control y de la gobernanza.

3. Gestión de Calidad

Considera el compromiso con el mejoramiento continuo y eficaz de la calidad, con orientación al usuario, y con especial énfasis en el mejoramiento de los procesos y de los resultados de las acciones de salud que desarrolla la institución.

4. Gestión de la Comunicación Interna y Relaciones Públicas

Busca coordinar y alinear a los equipos internos y ordenar las actuaciones públicas comunicacionales, a través del establecimiento de principios y valores, de actores y sus roles, de manera de prestar apoyo al cumplimiento de los objetivos institucionales.

5. Gestión de la Satisfacción Usuaria

Persigue la satisfacción y adhesión de los usuarios, el fomento de la participación e inclusión, el trato con respeto y solidaridad y el compromiso y motivación de los funcionarios con un trabajo orientado al usuario e inscrito en las normativas legales y sociales vigentes.

6. Gestión de RISS

Establece alinear el trabajo en salud bajo una visión sistémica, integrada y coordinada de los servicios sanitarios otorgados por los distintos establecimientos e instituciones con objeto de dar respuestas eficientes, equitativas, oportunas y con calidad técnica, cautelando la continuidad, integridad e integralidad en la atención.

7. Gestión de Seguridad de la Información

Postula la protección de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de pacientes y funcionarios del Hospital, en el marco de las leyes y regulaciones actuales.

8. Gestión de Tecnologías de Información

Propugna la adecuada gestión del recurso humano, de los procesos informáticos y de la tecnología en los cuales se basa el desarrollo de los procesos misionales del Hospital, en el marco de la legislación vigente y de las orientaciones técnicas y directrices entregadas por el Ministerio de Salud.

9. Gestión Docente Asistencial Pregrado, Postgrado, Formación y Extensión

Promueve el desarrollo de la Relación Asistencial Docente entre el HBLT y las Instituciones Formadoras de educación, estableciendo un vínculo estratégico, de acuerdo con la norma vigente, cumpliendo con los Convenios Asistenciales Docentes y respetando a su vez la ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes. Cautelando así, que la actividad docente se efectúe con el más alto estándar de seguridad para todos nuestros usuarios.

10. Gestión Financiera, Contable y Presupuestaria

Establece el principio de una gestión y formulación financiera equilibrada y sustentable, promoviendo un correcto desarrollo de la actividad hospitalaria, utilizando de manera eficiente, eficaz y transparente los recursos físicos y financieros asignados y/o generados, sean estos operacionales o no operacionales.

11. Gestión y Desarrollo de las Personas

Persigue alinear los objetivos organizacionales con el desempeño funcional de las personas que trabajan en la institución. Propugna el desarrollo de personas competentes, motivadas y adecuadamente remuneradas, para el logro de un desempeño eficiente. Fomenta el respeto hacia la dignidad humana y las condiciones de igualdad y no discriminación, con transparencia y probidad, incentivando la participación activa.

12. Participación Ciudadana

Propende a promover una cultura de co-responsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación con la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas. Se inscribe en el marco de Ley N°20.500 y a la vez en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.

13. Buen Trato Laboral

Establece lineamientos con respecto a los compromisos, responsabilidades, principios y normas internas que favorezcan el trabajo en condiciones dignas y justas para la comunidad funcionaria, favoreciendo un sentimiento mutuo de reconocimiento y valoración, como formas de relación que generan satisfacción y bienestar entre quienes interactúan en ella.

Las políticas anteriormente mencionadas anteriormente se describen en mayor detalle en el Anexo III.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



6. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La Planificación Estratégica es un proceso dinámico que permite a las organizaciones definir objetivos comunes, analizar su entorno y anticiparse a los desafíos y oportunidades que se presentan, tanto en relación a la realidad interna como a las condiciones externas de la organización para lograr dicho objetivo. A su vez, debe ser entendida como un proceso participativo y que comprende distintas etapas: definir la misión y la visión de la organización, establecer objetivos y metas, desarrollar supuestos acerca del entorno en que se desarrolla la organización, tomar decisiones respecto a las decisiones a seguir, emprender las acciones elegidas y finalmente evaluar la retroalimentación del desempeño para volver a planificar.

La Planificación Estratégica es una importante herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, que permite identificar el escenario deseado a futuro, así como establecer los pasos que se debe seguir para alcanzar los objetivos planteados.

Se realizaron varios análisis participativos donde se evaluó la capacidad de gestión estratégica del HBLT, así como su situación actual, con el fin de identificar elementos para la formulación estratégica, en base a las dimensiones organizacionales, que permitan realizar un diagnóstico a la luz de los desafíos de los próximos años. Dichos análisis no solo implicaron la revisión de documentos clave, sino también la ejecución de una encuesta masiva a todos los funcionarios del hospital y entrevistas a directivos, asociaciones gremiales, jefaturas y funcionarios/as de los distintos estamentos. Asimismo, se desarrollaron más de 20 talleres participativos, con las áreas de la macroestructura de la organización, que permitieron obtener los elementos estratégicos.

Durante este proceso de “Formulación de planificación estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau 2025-2028” se trabajó junto a Surlatina Consultores, el detalle de las actividades realizadas para se puede revisar en el Anexo I, así como las conclusiones de cada una de las etapas para poder definir los elementos basales y/o declaraciones estratégicas.

6.1 Declaraciones Estratégicas

6.1.1 Misión

La primera etapa de este proceso fue la revisión y validación de la misión, en función de la evolución del entorno, tanto interno como externo. Para realizar este proceso se recurrió a:

- Misión vigente.
- El marco legal del Hospital Barros Luco Trudeau.
- Entrevistas a partes interesadas.
- Talleres estratégicos participativos.
- Revisión y aprobación por parte del Comité Estratégico definido al efecto.

Se debe considerar que la Misión debe reflejar a la organización en un concepto amplio, haciendo referencia directa a la función general y específica que cumple. En la mayoría de las entidades públicas, el contenido de la misión se asocia al contenido de su respectiva ley orgánica o decreto de creación, el cual define su margen de acción.

Como resultado, el Hospital Barros Luco Trudeau aprobó la siguiente Misión institucional:

Somos un hospital público de alta complejidad, centrado en el usuario y su entorno, que brinda una atención integral de salud.
Nuestra labor combina excelencia, eficiencia, innovación y trabajo colaborativo en red, apoyada por un equipo calificado y comprometido con la dignidad, el trato y el desarrollo académico y tecnológico, que contribuya a la salud pública nacional.

Imagen 7: Misión del HBLT (2025-2028).

6.1.2 Visión

La visión es una representación de lo que debe ser la organización en el futuro del país o también como quiere ser vista, en el ámbito de la temática que le compete. Para realizar este proceso recurrimos a:

- El marco legal del Hospital Barros Luco Trudeau.
- Entrevistas a partes interesadas.
- Talleres Estratégicos participativos.
- Revisión y aprobación por parte del Comité Directivo definido al defecto.
- Validación jornada amplia.

El Hospital Barros Luco Trudeau aprobó la siguiente Visión:

Ser reconocidos como un hospital innovador, que brinda una atención de calidad, resolutiva y oportuna, en un ambiente acogedor para sus usuarios y funcionarios.

Imagen 8: Visión del HBLT (2025-2028).

6.1.3 Valores

Los valores definen el carácter de una organización, crean un sentido de identidad, fijan lineamientos para implementar prácticas, las políticas y los procedimientos de la misma, brindan las bases para una gestión que motive a todos. En una organización los valores son criterios para la toma de decisiones y constituyen la base conductual para el logro de la misión y la visión, orientando las acciones de los funcionarios y haciéndolas coherentes con la estrategia.

Los valores deben estar claramente definidos y comunicados, y ser adecuadamente entendidos y asumidos por todos quienes conforman la organización.

En las fuentes de indagación a los funcionarios, se realizaron preguntas tendientes a validar los valores identificados, intentando revisar ¿cuáles son los valores? Y ¿qué los caracteriza?

En virtud de la lectura realizada del comportamiento observado en las entrevistas y de talleres realizados, así como del entendimiento del quehacer del Hospital Barros Luco Trudeau, los valores definidos son los siguientes:

Trabajo en Equipo	Colaborar de manera coordinada y efectiva entre funcionarios de diversas disciplinas, áreas y niveles jerárquicos, resguardando el bienestar y salud de los pacientes.
Buen Trato, Empatía y Respeto	Proveer un trato cálido, cordial, digno y empático con los usuarios, sus familias y los equipos de trabajo.
Compromiso	Mantener una actitud responsable, ética y proactiva en el cumplimiento de las funciones asignadas, asegurando la continuidad y calidad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad, incluso en contextos de alta demanda o limitaciones de recursos.
Vocación de Servicio y Responsabilidad	Actuar con dedicación, ética, probidad y sensibilidad hacia las necesidades de los usuarios, priorizando su bienestar en cada acción, asumiendo las consecuencias de las decisiones tomadas.
Excelencia	Buscar de manera constante la mejora continua en la calidad de los servicios, mediante el desarrollo de competencias, la incorporación de buenas prácticas y el uso eficiente de los recursos para garantizar estándares altos de atención.

Imagen 9: Valores institucionales definidos para el HBLT (2025-2028).

6.2 ANÁLISIS DE CONTEXTO

Para la determinación de los objetivos estratégicos se requiere de un análisis que identifique en el entorno de las oportunidades y amenazas futuras, así como nuestras fortalezas y debilidades internas, que permitan establecer las estrategias que utilicen nuestras fortalezas para aprovechar las oportunidades y contrarrestar las debilidades y amenazas.

Fortalezas

- *El hospital se posiciona como una institución de alta complejidad y referencia nacional en múltiples especialidades médicas y quirúrgicas, con historia que lo acredita como líder en el sistema público de salud. Su trayectoria refleja resiliencia y adaptabilidad, demostradas frente a situaciones críticas y a los cambios constantes en el entorno sanitario.*
- *Es reconocido como un hospital asistencial-docente, con sólidas alianzas para la formación de profesionales pre y postgrado.*
- *Cuenta con políticas institucionales y acreditaciones orientadas a la calidad y seguridad, estableciendo estándares que les permite cumplir con los requerimientos ministeriales.*
- *Existe una división por servicios con una atención especializada y focalizada según las necesidades de los pacientes.*
- *Se observa un compromiso de los directivos y funcionarios con la humanización de la atención y el trato a los usuarios, evidenciando avances en la experiencia del paciente.*
- *Existencia de programas para la hospitalización domiciliaria, que tienden a optimizar los recursos y a mejorar la calidad del servicio.*
- *Se cuenta con equipo humano con sentido de vocación y responsabilidad hacia el servicio público, alineado con la misión institucional de la organización.*

- *El hospital promueve un diálogo constante con la comunidad, escuchando activamente las necesidades y sugerencias de los usuarios para implementar mejoras continuas y fortalecer la relación entre la institución y su entorno.*

Debilidades

- *El hospital enfrenta desafíos críticos relacionados con la infraestructura y tecnología, evidenciando espacios físicos insuficientes y equipos obsoletos, lo que impacta la calidad de la atención.*
- *El déficit de personal especializado, sumado a la alta rotación, desgaste laboral y niveles significativos de ausentismo, afecta directamente a la continuidad y calidad del servicio.*
- *Se identifican diferencias salariales significativas respecto a otros hospitales del sistema público, lo cual desincentiva el personal y afecta la atracción y retención de talento.*
- *La coordinación y comunicación interna presentan deficiencias, afectando los flujos de información y la articulación entre niveles asistenciales. La débil interacción con otros niveles de atención impacta la eficiencia y la continuidad del servicio, afectando la experiencia del paciente.*
- *Los recursos financieros actuales no son suficientes ni adaptables a las necesidades de alta complejidad. Además, no existen instancias formales de innovación o estudios para acceder a fondos públicos y privados destinados a proyectos de modernización y capacitación.*
- *Falta de estandarización de procesos clínicos y administrativos genera costos adicionales y retrasos operativos.*
- *Distribución física del hospital, con grandes distancias entre áreas, dificulta la operación diaria y la integración de los equipos.*
- *Existen problemas de liderazgo efectivo que obstaculizan la toma de decisiones y la implementación de mejoras continuas.*
- *Dificultad en la implementación de tecnologías modernas, como la ficha clínica única electrónica, debido a sistemas fragmentados y obsoletos que limitan la interoperabilidad (interna y externa) clínica y administrativa.*
- *Insuficiente formación y capacitación no adecuada ni alineada con las necesidades específicas de los puestos de trabajo, limita el desarrollo profesional del equipo.*
- *Altos niveles de ausentismo y la falta de procesos eficientes para llenar variantes críticas, incrementan la carga laboral y reducen la capacidad operativa del hospital, afectando la productividad y calidad de la atención a los usuarios.*
- *Ausencia de espacios institucionales para el autocuidado del personal.*
- *Retrasos en la resolución oportuna de listas de espera que afectan la percepción de la calidad del servicio.*
- *Falta de trazabilidad y el control en el uso efectivo de insumos y productos.*
- *Falta de desarrollo de investigación científica.*
- *Subutilización de pabellones disponibles por el alto porcentaje de suspensiones evitables de intervenciones quirúrgicas.*

Amenazas

- *La dependencia de fondos gubernamentales limita la flexibilidad financiera y la capacidad de respuesta ante imprevistos.*
- *La ausencia de códigos FONASA para algunas prestaciones dificulta la correcta recaudación.*
- *La competencia de los hospitales privados y públicos alternativos capta personal capacitado, reduciendo la disponibilidad de talento clave y especializado.*
- *El crecimiento de la población atendida, incluyendo pacientes de alta complejidad y con diversidad cultural, exige una adaptación rápida de los servicios, recursos y capacidades del hospital.*
- *La prolongación de listas de espera deteriora la percepción de calidad y la satisfacción de los pacientes, generando presión en los procesos asistenciales.*
- *La dificultad para mantenerse al día con los avances tecnológicos y sistemas modernos impacta la eficiencia operativa y la calidad del servicio.*
- *Las constantes actualizaciones de normativas y exigencias regulatorias imponen desafíos adicionales y dificultan la adaptación oportuna del hospital.*

- La burocracia excesiva ralentiza los procesos clínicos y administrativos, disminuyendo a la agilidad operativa.
- La inseguridad en los alrededores del hospital y la presencia de situaciones externas, como el consumo de sustancias ilícitas, afectan la seguridad tanto de usuarios como de funcionarios.
- Las normativas laborales actuales facilitan el ausentismo injustificado, impactando la productividad y eficiencia del equipo.
- Los problemas de coordinación entre niveles asistenciales y la falta de estandarización en procesos clínicos y administrativos afectan la continuidad y calidad de la atención.
- Cambio climático y catástrofes ambientales generan aumento de gastos.
- Cambios epidemiológicos.
- Población con alta vulnerabilidad y entorno de alto riesgo social.

Oportunidades

- Concretar el proyecto del nuevo hospital representa una oportunidad fundamental para aumentar la capacidad operativa y ofrecer servicios más modernos, eficientes y accesibles, contribuyendo a mejorar la percepción de calidad, eficiencia y confianza en los servicios públicos de salud.
- Las alianzas estratégicas con instituciones educativas pueden potenciar la formación continua de profesionales de la salud y personal no médico, abarcando pregrado, postgrado y especializaciones.
- La gran cantidad de alianzas con centros de formación le permite posicionarse como un hospital de referencia en formación, facilitando la atracción de talento capacitado y a la retención de profesionales adaptados a las nuevas necesidades del sistema.
- Ser un actor relevante en la red del SSMS favorece el articular fórmulas de integración, coordinación y traspaso de información con la atención primaria y otros niveles asistenciales, fortaleciendo la continuidad de la atención, optimizando recursos y reduciendo tiempos de espera.
- La expansión de la telemedicina como herramienta asistencial y educativa permitirá mejorar la accesibilidad a los servicios, la calidad de atención y la formación profesional a distancia.
- El incremento de la participación ciudadana en la planificación y evaluación de los servicios ayudará a alinear las prestaciones con las necesidades y expectativas de la comunidad.
- Existen oportunidades de acceder a fondos públicos y privados para proyectos de modernización y capacitación, permitiendo una inversión sostenida en infraestructura, equipos y formación profesional.

6.3 DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Se realizó un segundo ejercicio reflexivo grupal para consensuar las líneas estratégicas que permitan, desde la situación caracterizada en el énfasis de contexto (FODA), determinar los objetivos estratégicos que favorezcan el posicionamiento declarado en la misión y visión. Una vez realizado lo anterior se les solicitó que clasificaran dichos focos estratégicos como parte integrante de uno o unos de los Ejes Estratégicos definidos por el Comité Estratégico (Atención Integral y Gestión Clínica; Optimización de Recursos; Infraestructura, Tecnología y Sistemas; y Trabajo en Red de Salud y Colaboración).

El foco estratégico es la definición de un margen determinado de estrategias que la institución seleccionará entre muchas disponibles para trabajar durante el periodo, y que sustentarán la determinación de los objetivos estratégicos a lograr.

Los focos obtenidos por el trabajo de los equipos de trabajo fue el siguiente:

Eje 1: Atención Integral y Gestión Clínica

1. Estandarizar protocolos clínicos y procedimientos administrativos (Foco Estratégico 7).
2. Reducir listas de espera optimizando gestión de altas y procesos asistenciales (Foco Estratégico 12).
3. Expandir el uso de telemedicina (Foco Estratégico 13).

4. Fortalecer los programas de hospitalización domiciliaria (Foco Estratégico 14).
5. Capacitar a líderes y directivos en gestión efectiva y toma de decisiones (Foco Estratégico 11).
6. Implementar un programa de formación y desarrollo técnico y continuo (Foco Estratégico 9).
7. Diseñar una política de retención de talentos (Foco Estratégico 8).
8. Establecer un programa de bienestar y autocuidado para reducir desgaste laboral (Foco Estratégico 10).
9. Actualizar y mejorar la gestión de urgencia (Foco Estratégico 22).
10. Fortalecer respuesta hospitalaria frente a cambios epidemiológicos y demográficos (Foco Estratégico 25).
11. Potenciar formación de especialidades mediante alianzas nacionales e internacionales con garantía de reciprocidad (Foco Estratégico 29).

Eje 2: Optimización de Recursos y Procesos

1. Implementar una gestión financiera eficiente, priorizando inversiones estratégicas (Foco Estratégico 4).
2. Postular a fondos públicos y privados (Foco Estratégico 5).
3. Levantar, optimizar y mejorar procesos administrativos y clínicos clave (Foco Estratégico 6).
4. Optimizar la estructura orgánica y funcional del hospital (Foco Estratégico 19).
5. Modernizar la gestión de camas y registros clínicos (Foco Estratégico 30).
6. Gestionar la demanda asistencial, facilitando el acceso y oportunidad (Foco Estratégico 20).
7. Garantizar sostenibilidad de acreditación y políticas de calidad (Foco Estratégico 26).
1. Realizar gestiones para la construcción del nuevo hospital (Foco Estratégico 1).
2. Desarrollar y modernizar sistemas de información, expandiendo la ficha clínica electrónica (Foco Estratégico 2).
3. Fortalecer la infraestructura crítica mediante un plan de mantenimiento (Foco Estratégico 3).
4. Implementar un sistema de comunicación efectivo (Foco Estratégico 23).
5. Desarrollar un plan de seguridad integral con monitoreo constante (Foco Estratégico 16).
6. Modernizar herramientas tecnológicas y difusión de protocolos estandarizados (Foco Estratégico 24).

Eje 3: Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas

1. Realizar gestiones para la construcción del nuevo hospital (Foco estratégico 1).
2. Desarrollar y modernizar sistemas de información, expandiendo la ficha clínica electrónica (Foco estratégico 2).
3. Fortalecer infraestructura crítica mediante un plan de mantenimiento (Foco estratégico 3).
4. Implementar un sistema de comunicación efectivo (Foco estratégico 23).
5. Desarrollar un plan de seguridad integral con monitoreo constante (Foco estratégico 16).
6. Modernizar herramientas tecnológicas y difusión de protocolos estandarizados (Foco estratégico 24).

Eje 4: Trabajo Colaborativo en Red

1. Mejorar la coordinación interinstitucional mediante mesas de trabajo (Foco Estratégico 15).
2. Desarrollar campañas de información y comunicación para educar a usuarios (Foco Estratégico 17).
3. Realizar consultas ciudadanas periódicas (Foco Estratégico 18).
4. Potenciar la hospitalización domiciliaria y telemedicina (Foco Estratégico 27).

5. Implementar gestión del cambio organizacional para enfrentar los nuevos desafíos (Foco Estratégico 28).
6. Revisar políticas de atención al usuario, fortaleciendo el buen trato (Foco Estratégico 21).

De manera de dar correspondencia a la estrategia del hospital con aquella del SSMS, se tuvo en consideración sus lineamientos estratégicos, los cuales de acuerdo a su Planificación Estratégica 2022-2023 son los siguientes (ordenados según perspectiva de la metodología del **Cuadro de Mando Integral**):

Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

- Contar con personal altamente capacitado y con las competencias requeridas.
- Disponer de información útil, confiable y oportuna.
- Potenciar el acceso equitativo y resolutivos a las prestaciones de salud a través de la estructura adecuada y de calidad.

Perspectiva Usuarios

- Mejorar la coordinación asistencial entre los distintos componentes de la RED en el ámbito de la gestión de Lista de Espera.
- Generar estrategias de vinculación, difusión, oportunidad y capacidad de participación e incidencia en la gestión de la salud de la población.
- Implementar estrategia de salud digital, mejorando el acceso de los usuarios a la Red de Salud.
- Fortalecer política de Buen Trato en la DSSMS.
- Coordinar proyectos de innovación en el marco de la política de innovación.

Perspectiva de Procesos Internos

- Optimizar los procesos de programación en RED:
- Aumentar la resolutividad de especialidades de alta demanda y baja complejidad clínica en APS.
- Fortalecer la coordinación con el intersector.
- Promover y fortalecer estrategias de prevención y promoción de comunas y comunidades saludables en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- Fortalecer la política de gestión de las personas en la DSSMS.
- Ejecutar programas de inducción y orientación para funcionarios de la DSSMS y la Red
- Levantar y mejorar procesos críticos de la DSSMS.

Perspectiva Financiera

- Generar eficiencia en la gestión presupuestaria.
- Ejecutar el presupuesto anual de inversiones comprometido por el SSMS.
- Optimizar el registro de costos de producción.

6.4 PROPUESTAS DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES PARA EL HBLT

Los objetivos estratégicos generales son aquellos que abarcan una visión amplia y a largo plazo para el desarrollo y desempeño del hospital. Representan las metas globales que orientan todas las acciones y decisiones estratégicas de la organización. Suelen definirse a partir de los ejes estratégicos y están alineados con la misión y visión institucional.

Las características clave de los objetivos estratégicos son:

- **Amplitud:** Su enfoque es amplio y se relaciona con desafíos estratégicos globales.
- **Largo plazo:** Generalmente tienen un horizonte temporal más extenso (4 años o más).
- **Orientación a resultados:** Se centran en el impacto esperado y en resultados transformadores, el “*para qué hacemos esto*”.
- **Transversales:** Impactan múltiples áreas funcionales del hospital.

Para cada objetivo estratégico general se han identificado objetivos estratégicos específicos, los cuales desglosan acciones concretas que permitirán su logro. Representan más detalladas y operativas que tienen un horizonte temporal más corto y se enfocan en resultados medibles y alcanzables.

Con los antecedentes expuestos (definición de los focos estratégicos y los objetivos del SSMS), se obtuvo una definición final de cuáles deberían ser los objetivos estratégicos para la gestión del periodo 2025-2028, siendo estos:

Objetivo Estratégico 1: “Modernizar la infraestructura hospitalaria”

Modernizar y ampliar la infraestructura física del hospital (incluyendo el equipamiento) con foco en la sostenibilidad de la infraestructura crítica existente, asegurando que los espacios físicos cumplan con estándares modernos de calidad, seguridad y eficiencia.

Elementos Clave:

- **Infraestructura crítica:** Implementar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo que identifique las áreas prioritarias (urgencias, pabellones, CDT, unidades críticas) y prolongue la vida útil de la infraestructura.
- **Eficiencia energética:** Integrar criterios de sostenibilidad (ahorro energético, uso de energías renovables, manejo eficiente del agua) en la modernización.
- **Mejora de espacios:** Reorganizar y modernizar áreas de atención para mejorar la experiencia del paciente y optimizar flujos administrativos.
- **Construcción del nuevo hospital:** Realizar las gestiones que materialicen un nuevo proyecto para un nuevo hospital, definiendo plazos y comunicando su avance.

Objetivos Estratégicos Específicos

1. **Identificación y mantenimiento de la infraestructura crítica**
 - Implementar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo.
 - Asegurar la sostenibilidad y optimización del uso de la infraestructura crítica.
2. **Construcción del nuevo hospital**
 - Desarrollar gestiones para la concreción de un nuevo proyecto “HBLT”.

Objetivo Estratégico 2: “Desarrollar una Estrategia de Transformación Digital y Sistemas de Información”

Modernizar y expandir los sistemas de información y tecnologías del hospital, asegurando la interoperabilidad, acceso oportuno y un uso eficiente de datos que respalde la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Elementos Clave:

- **Ficha Clínica Electrónica:** Expandir su uso en todos los servicios y mejorar su interoperabilidad entre niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.
- **Telemedicina:** Expandir la atención remota tanto para consultas de especialidad como para seguimientos de baja complejidad.
- **Seguridad de la Información y Ciberseguridad:** Desarrollar una estrategia robusta que garantice la confidencialidad e integridad de los datos hospitalarios.
- **Capacitación en TIC:** Capacitar al personal en el uso de nuevas tecnologías y sistemas digitales nuevos y existentes.

Objetivos Estratégicos Específicos:

1. **Modernizar y expandir los sistemas de información hospitalarios**

- Ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.
 - Fortalecer la ficha clínica electrónica.
- 2. Desarrollar una estrategia robusta que garantice la confidencialidad e integridad de los datos hospitalarios.**
- 3. Capacitar al personal en el uso de nuevas tecnologías y sistemas digitales nuevos y existentes.**
- Ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.
 - Fortalecer la ficha clínica electrónica.

Objetivo Estratégico 3: “Realizar una Gestión Financiera Sostenible y Estratégica”

Fortalecer la sostenibilidad financiera del hospital mediante una asignación eficiente de recursos, la priorización de inversiones estratégicas y el acceso a fondos complementarios.

Elementos Clave:

- **Gestión presupuestaria eficiente:** Optimizar la asignación de recursos, priorizando áreas críticas como equipamiento médico y programas asistenciales.
- **Postulación a financiamientos externos:** Desarrollar proyectos para fondos públicos y privados orientados a la renovación tecnológica, capacitaciones y optimización operativa.
- **Evaluación de inversiones estratégicas:** Implementar un sistema de análisis de costos y beneficios para identificar proyectos prioritarios.
- **Control y Trazabilidad de Insumos:** Fortalecer el control en el uso de los insumos y recursos hospitalarios, que permita su uso efectivo y evitar pérdidas.
- **Transparencia Financiera:** Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y eficiencia del gasto hospitalario.

Objetivos Estratégicos Específicos:

- 1. Priorizar inversiones estratégicas**
 - Implementar una política de asignación eficiente de recursos basada en procesos y riesgos.
 - Fortalecer la transparencia en la gestión presupuestaria.
- 2. Postular a fondos públicos y privados**
 - Identificar proyectos elegibles para financiamiento tecnológico y de capacitación.
 - Mejorar la sostenibilidad operativa del hospital.
- 3. Establecer controles y trazabilidad para el uso de los insumos y recursos hospitalarios, que permita su uso efectivo y evitar pérdidas.**

Objetivo Estratégico 4: “Optimizar Procesos Clínicos y Administrativos”

Rediseñar, estandarizar y optimizar los procesos asistenciales y administrativos del hospital para garantizar una operación eficiente. Respecto de los procesos clínicos, mediante protocolos efectivos, estandarizar la atención, optimizar la respuesta en servicios críticos y potenciar el uso de herramientas modernas como la hospitalización domiciliaria y telemedicina.

Elementos Clave

- **Levantamiento de procesos claves:** Identificar y optimizar procesos clínicos y administrativos.
- **Protocolos clínicos:** Revisar y adecuar los protocolos clínicos, asegurando su control y distribución.
- **Modelos de urgencia:** Modernizar los procesos en urgencia para reducir tiempos de espera.
- **Gestión eficiente de camas y flujos:** Optimizar la gestión de camas y registros clínicos.
- **Hospitalización Domiciliaria:** Potenciar servicios de atención en casa para liberar recursos hospitalarios.

- **Expandir el uso de telemedicina** para mejorar el acceso a servicios especializados y consultas de baja complejidad.
- **Monitoreo y mejora continua:** Establecer procesos de gestión de calidad que permitan medir, analizar y evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos.

Objetivos Estratégicos Específicos

- 1. Optimizar los procesos claves clínicos y administrativos**
 - Rediseñar flujos operativos para mayor eficiencia
 - Implementación de procesos estandarizados y evaluaciones periódicas
- 2. Reducir tiempos de respuesta y optimizar recursos asistenciales**
 - Estandarización de protocolos clínicos y administrativos
- 3. Implementar un modelo de atención de urgencia**
 - Diseñar un sistema efectivo para reducir esperas y mejorar el acceso.
- 4. Expandir programas de atención domiciliaria y telemedicina**
 - Mejorar la accesibilidad y liberar recursos hospitalarios.
- 5. Realizar una gestión eficiente de camas y registros clínicos**
 - Implementar o mejorar las herramientas tecnológicas que permitan mejorar la gestión de camas.
 - Difundir protocolos estandarizados para optimizar la ocupación de camas.
- 6. Diseñar e implementar procesos de gestión de la calidad** que permitan medir, analizar y evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos.

Objetivo Estratégico 5: “Fortalecer el Talento Humano”

Desarrollar políticas efectivas de atracción, retención y desarrollo del personal, asegurando el desarrollo, la motivación, la formación continua y el bienestar de los funcionarios del HBLT.

Elementos Clave

- **Retención de talentos:** Diseñar políticas salariales competitivas, incentivos y beneficios complementarios.
- **Capacitación continua:** Implementar programas de formación en competencias técnicas y transversales en colaboración con centros de formación.
- **Capacitación de líderes y directivos:** Desarrollar habilidades de gestión y toma de decisiones estratégicas
- **Potenciar la formación**
- **Potenciar la investigación científica**
- **Programas de bienestar:** Crear espacios de autocuidado, salud mental y reducción del desgaste laboral.
- **Gestión del desempeño:** Establecer evaluaciones periódicas con planes de desarrollo individual.

Objetivos Estratégicos Específicos

- 1. Diseñar políticas de retención de talentos**
 - Gestionar políticas salariales y beneficios competitivos.
 - Desarrollar programas de incentivos a desempeño.
- 2. Potenciar programas de formación y desarrollo continuo**
 - Capacitar al personal en competencias transversales y específicas.
 - Establecer alianzas con universidades y centros educativos.
 - Potenciar la formación de especialidades tanto médicas como no médicas en alianza con centros de formación.
 - Desarrollar competencias en toma de decisiones y liderazgo para implementar el liderazgo efectivo.
- 3. Potenciar la investigación científica** implementando instancias de difusión y protocolos en convenios con los centros de formación.

- 4. Reducir el desgaste laboral y el ausentismo**
- Implementar programas de bienestar y autocuidado.

Objetivo Estratégico 6: “Implementar un Modelo de Gobernanza”

Fomentar una gestión hospitalaria centrada en la estrategia, los procesos y la gestión del riesgo, en la toma de decisiones basadas en datos, fomentando una cultura organizacional de mejora continua.

Elementos Clave

- **Gestión del cambio:** Implementar procesos para gestionar resistencias y fomentar mejoras continuas.
- **Estructura organizacional:** Adecuar la estructura organizacional al enfoque de procesos y la estrategia.

Objetivos Estratégicos Específicos

- 1. Optimizar la estructura orgánica y funcional del hospital para mejorar la coordinación, los flujos de procesos y la prestación eficiente de los servicios.**
 - Fortalecer la comunicación interna.
 - Control de requerimientos entre unidades y equipos asistenciales.
- 2. Implementar una gestión del cambio organizacional.**
 - Implementar procesos de mejora continua.

Objetivo Estratégico 7: “Fortalecer la Coordinación Intra e Interinstitucional”

Mejorar la coordinación y comunicación al interior del hospital y entre niveles asistenciales, asegurando la continuidad y eficiencia en la atención a los usuarios y su entorno.

Elementos Clave

- Comunicación interna.
- Protocolos de derivación.
- Mesas de trabajo.

Objetivos Estratégicos Específicos

- 1. Hacer más eficiente la comunicación interna**
 - Definir programa de comunicación interna (vertical), considerando contenidos, medios y frecuencia.
 - Establecer instancias de coordinación (información horizontal) entre las distintas unidades que conforman la estructura organizacional del hospital, en los niveles jerárquicos que aplique.
- 2. Mejorar el flujo de información a niveles asistenciales**
 - Establecer protocolos claros de derivación.
 - Fortalecer mesas de trabajo interinstitucional.

Objetivo Estratégico 8: “Mejorar la experiencia del usuario”

Optimizar la atención al usuario y su entorno, fortaleciendo la comunicación, accesibilidad, buen trato y educación de los usuarios sobre los servicios disponibles.

Elementos clave

- **Sistema de comunicación efectivo:** Mejorar señalética y canales de información.
- **Educación del usuario:** Realizar campañas informativas sobre servicios, derechos y deberes.
- **Políticas de buen trato:** Capacitar al personal en atención respetuosa y de calidad.
-

Objetivos Estratégicos Específicos

- 1. Fortalecer políticas de atención al usuario y buen trato**

- Fortalecer el respeto y la calidad de la atención.
 - Revisar y optimizar las políticas existentes.
- 2. Implementar un sistema de comunicación efectiva**
- Mejorar la señalética y accesibilidad del hospital
 - Fortalecer canales de información al usuario.
- 3. Realizar consultas ciudadanas periódicas**
- Realizar encuestas y mesas de diálogo para alinear servicios con necesidades.

Objetivo Estratégico 9: “Realizar una Gestión de Seguridad Integral”

Implementar un sistema integral de seguridad para proteger la infraestructura, al personal y a los pacientes frente a riesgos internos y externos.

Elementos Clave:

- **Monitoreo constante:** Identificar y actuar sobre áreas críticas.
- **Colaboración con autoridades:** Desarrollar estrategias conjuntas con policías y servicios de seguridad local.
- **Plan de emergencias:** Establecer protocolos claros para riesgos naturales, sanitarios y operacionales.

Objetivos Estratégicos Específicos:

- 1. Desarrollar un plan de seguridad hospitalaria**
- Colaborar con autoridades locales para monitoreo y prevención
 - Implementar protocolos de actuación en áreas críticas.

MAPA ESTRATÉGICO Y SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN



7. MAPA ESTRÁTÉGICO

Un mapa estratégico es un método de planificación que ayuda a visualizar la estrategia en un único lugar, el cómo se lograrán los objetivos, mediante una serie de relaciones causa-efecto entre los objetivos estratégicos determinados en el ejercicio anterior.

Esta herramienta de control de gestión ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia en acciones operativas (Plan Operativo). También es vista como un sistema de gestión estratégica, puesto que implica establecer plazos a los objetivos, facilitando los procesos de gestión definidos tales como: aclarar y traducir o transformar la visión y estrategia; comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos; planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas; y aumentar el feedback y formación estratégica.

Las cuatro perspectivas abordadas y en las cuales se utilizó como marco para visualizar la estrategia propuesta son:

1. **Financiera:** ¿Qué espera el Gobierno/Estado en el manejo presupuestario?
2. **Personas y Desarrollo:** ¿Qué competencias de las personas, ambiente y clima organizacional necesitamos para mejorar continuamente nuestros procesos y las relaciones con nuestros usuarios/ciudadanos/Gobierno?
3. **Procesos y Tecnología:** ¿En qué procesos internos debemos mejorar, para satisfacer lo exigido por los usuarios/ciudadanos/gobierno?
4. **Usuarios y Ciudadanía:** ¿Cómo creamos valor para los contribuyentes usuarios/ciudadanos/gobierno?

Por otro lado, los Ejes Estratégicos definidos por el Comité de Planificación Estratégica, constituyen los márgenes de acción en los que deberá centrarse la actividad del Hospital Barros Luco Trudeau en los próximos años. Representan por lo tanto las líneas o rutas básicas de desarrollo que profundizan en su razón de ser (misión) para alcanzar el propósito fundamental del mismo (visión). Estos Ejes Estratégicos son:

- A. **Atención Integral y Gestión Clínica:** Garantizar una atención clínica de calidad, fortaleciendo la capacidad del hospital para entregar una atención centrada en el paciente, con equipos profesionales motivados.
- B. **Optimización de Recursos y Procesos:** Garantizar la sostenibilidad y eficiencia del hospital, mediante el uso óptimo de los recursos y una estructura de procesos orientada a resultados.
- C. **Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas:** Disponer de un hospital moderno, eficiente y sostenible, que pueda enfrentar desafíos actuales y futuros.
- D. **Trabajo Colaborativo en Red:** Asegurar una integración efectiva con la red asistencial, intersector y la comunidad, mejorando la continuidad del cuidado y optimizando los recursos disponibles.

El Mapa Estratégico del HBLT queda estructurado de la siguiente manera:

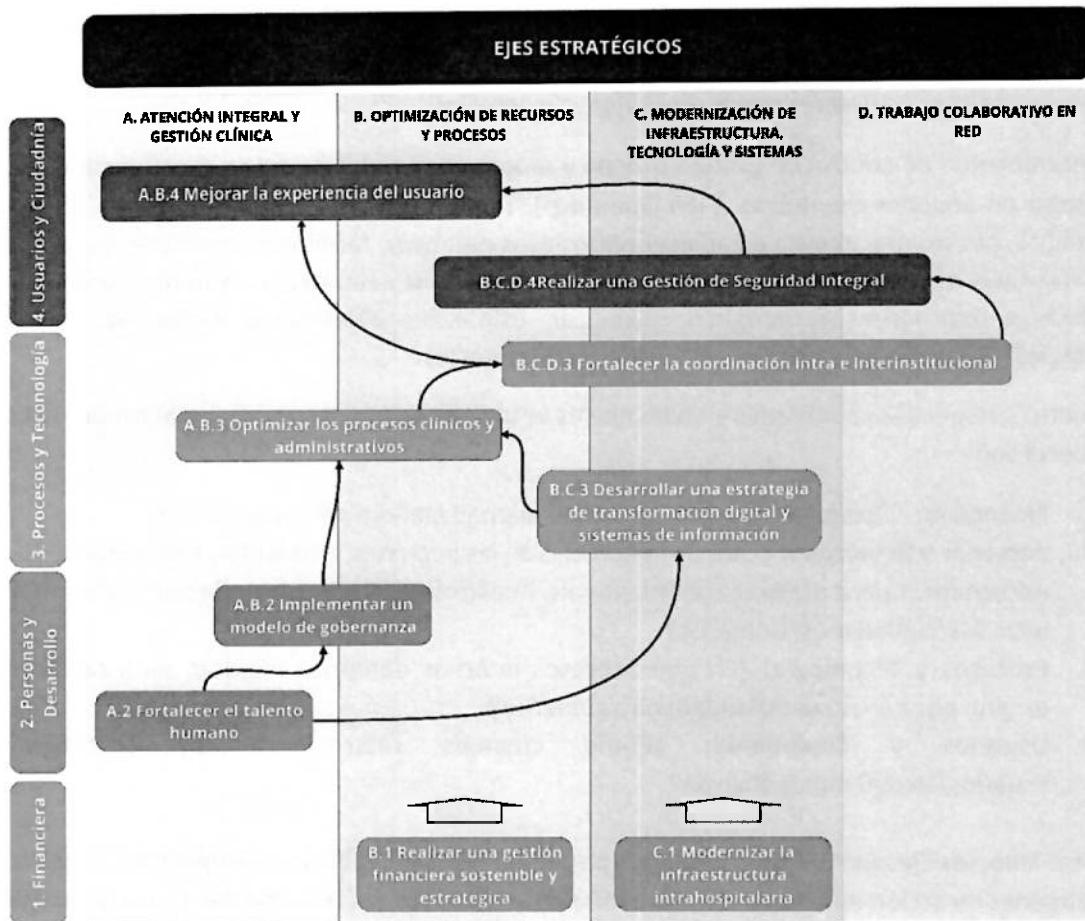


Imagen 10: Mapa Estratégico del HBLT (2025-2028).

7.1 Sistema de Control de Gestión

Con el objetivo de facilitar el cumplimiento de las metas institucionales y la ejecución de las estrategias definidas por el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), se ha diseñado, desarrollado e implementado un sistema integral de Planificación y Control de Gestión. Esta herramienta permitirá disponer de información oportuna y fidedigna sobre la situación global del establecimiento y el estado específico de las distintas áreas estratégicas, apoyando la toma de decisiones basada en resultados, así como la implementación de medidas correctivas cuando sea necesario.

El modelo diseñado se alinea con los lineamientos estratégicos definidos en la planificación estratégica del HBLT, respondiendo a los objetivos establecidos en diversas instancias y concordando con las políticas y metas de salud a nivel nacional.

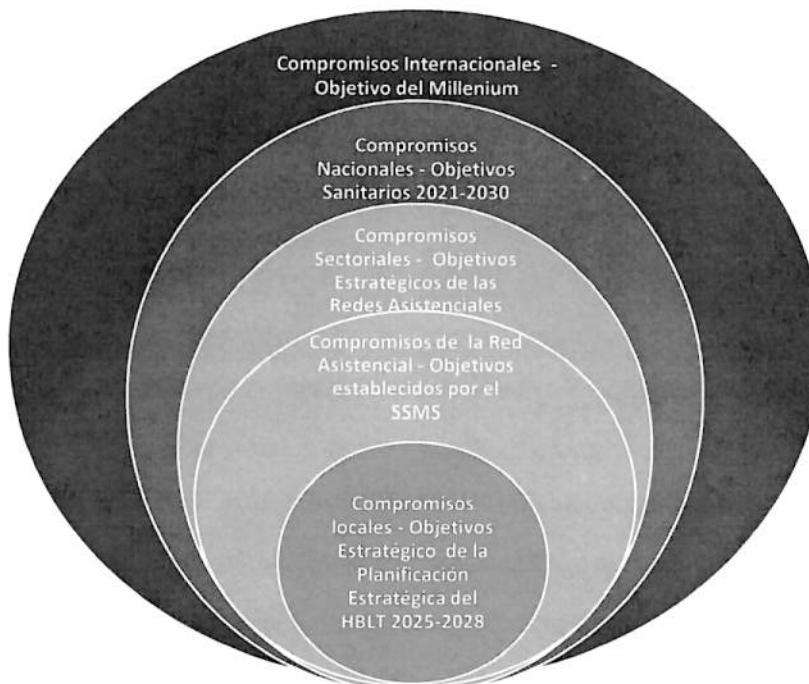


Imagen 11: Compromisos según nivel.

Para alcanzar estos objetivos, el HBLT utiliza diversas herramientas de gestión, tanto internas como externas, lo que requiere que la estructura de control de gestión abarque a toda la institución. Esto se refleja en cada uno de los centros de responsabilidad y unidades organizacionales, tales como centros y subcentros de costos.

Objetivos Estratégicos del HBLT

1. Modernizar la infraestructura hospitalaria.
2. Desarrollar una Estrategia de Transformación Digital y Sistemas de Información.
3. Realizar una Gestión Financiera Sostenible y Estratégica.
4. Optimizar los procesos clínicos y administrativos.
5. Fortalecer el talento humano.
6. Implementar un modelo de gobernanza
7. Fortalecer la Coordinación Intra e Interinstitucional
8. Mejorar la experiencia del usuario
9. Realizar una gestión de seguridad integral

Estos objetivos permiten avanzar en el cumplimiento de la misión institucional:

“Somos un hospital público de alta complejidad, centrado en el usuario y su entorno, que brinda una atención integral en salud. Nuestra labor combina excelencia, eficiencia, innovación y trabajo colaborativo en red, apoyada por un equipo calificado y comprometido con la dignidad, el trato y el desarrollo académico y tecnológico, que contribuya a la salud pública nacional.”

Y nos acercan a nuestra visión:

“Ser reconocidos como un hospital innovador, que brinda una atención de calidad, resolutiva y oportuna, en un ambiente acogedor para sus usuarios y funcionarios.

Planificación

Durante los años 2024 y 2025, el HBLT llevó a cabo un proceso participativo, involucrando a funcionarios de distintos estamentos y áreas del hospital, para el desarrollo de la Planificación Estratégica 2025-2028. Este proceso contempló diversas etapas, sustentadas en hitos claves:



Imagen 12: Hitos del Proceso de PE 2025-2028

Para cada una de las etapas, se crearon instancias formales, que dieran cuenta de este proceso:

- a) **Comité de Planificación Estratégica:** Encargado de definir las estrategias para cada etapa del proceso. Integrado por:
 - Director HBLT
 - Subdirectora Médica Atención Abierta
 - Subdirectora Médica Atención Cerrada
 - Subdirector Médico Quirúrgico
 - Subdirectora de Gestión Clínica
 - Subdirectora de Unidades de Apoyo
 - Subdirectora de Gestión de Usuarios
 - Subdirector Administrativo
 - Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas
 - Coordinadora de Enfermería Atención Abierta
 - Coordinadora de Enfermería Atención Cerrada
 - Matrona Coordinadora del Servicio Clínico de Obstetricia y Ginecología
 - Jefatura del Departamento de Control de Gestión
- b) **Equipo Operativo de Planificación Estratégica:** responsable de coordinar y asegurar la ejecución de todas las etapas del proceso. Conformado por:
 - Subdirectora de Gestión Clínica
 - Jefatura del Departamento de Control de Gestión
 - Analista de Control de Gestión
- c) **Líderes del Proceso de Planificación Estratégica,** representantes por unidad, servicio o departamento (mayoritariamente jefaturas), quienes actuaron como canales de comunicación entre el equipo operativo y los funcionarios de sus respectivas áreas.

El proceso incluyó el análisis de información, jornadas inter-estamentarias y de trabajo por equipo, culminando con la elaboración de la "Carta de Navegación" del HBLT para el período 2025–2028, lanzada oficialmente durante 2024.

Control de Gestión

Objetivo general

Contar con un sistema de control de gestión que, mediante distintas herramientas, permita monitorear los compromisos adquiridos por cada centro de responsabilidad, lo cual permite conocer tempranamente los desvíos o puntos críticos, para reaccionar oportunamente y cautelar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Objetivos Específicos

- Fomentar y lograr el empoderamiento de los centros de responsabilidad en su rol dentro del sistema de control de gestión
- Potenciar y difundir la herramienta estratégica Balanced Scorecard (Cuadro de Mando Integral).
- Realizar seguimiento permanente de los Indicadores de las distintas herramientas de gestión que nos aplican, tanto internas como externas, de modo de ir evaluando y analizando los resultados y los procesos involucrados.
- Entregar oportunamente los informes de gestión en cada una de las instancias definidas
- Contar con informes de evaluación de los procesos involucrados para promover la mejora continua.

Herramientas de Gestión

Las herramientas utilizadas en el HBLT y, que además se deben informar en plazos establecidos, se dividen en dos tipos: **Internas** y **Externas**.

- **Herramientas Internas:** tienen relación con el cumplimiento de los planes de actividades y su revisión es semestral y anual:

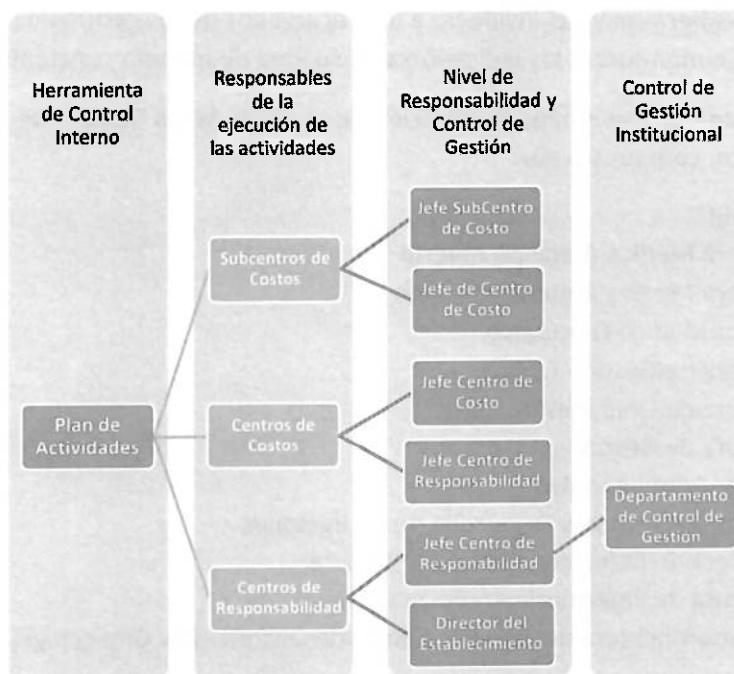


Imagen 13: Niveles de Responsabilidad y Control de Gestión de Herramientas Internas

- **Herramientas Externas:** en estas es importante distinguir entre aquellas que cuentan con un incentivo reflejado en la asignación de una bonificación y aquellas que no la contemplan:

Herramientas de Gestión Externas

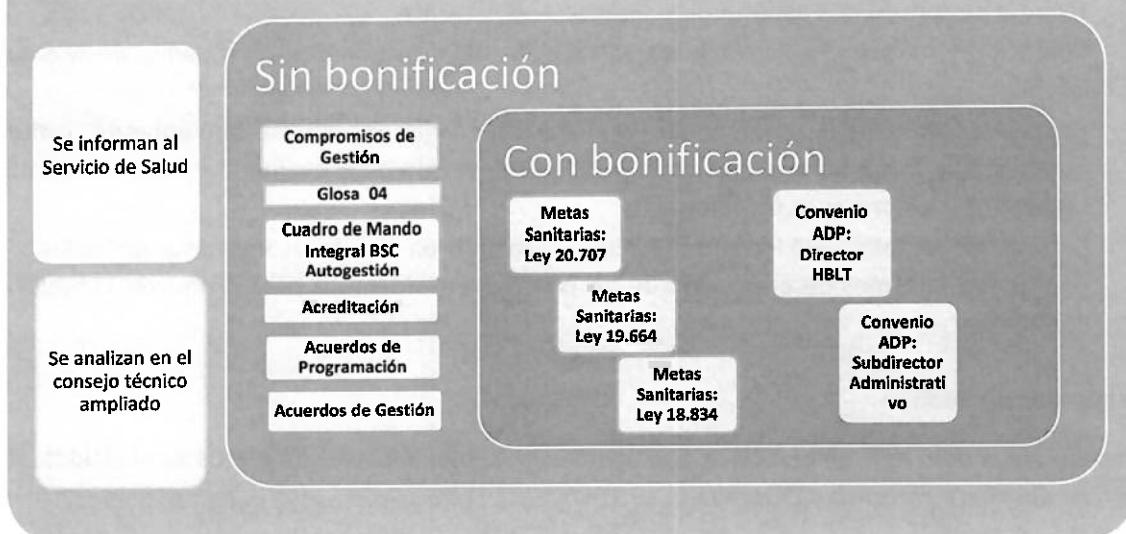


Imagen 14: Herramientas de Control Externas

El seguimiento de estas herramientas involucra a los encargados de los centros de responsabilidad y costos, quienes deben monitorear los indicadores de su área de manera constante.

La principal instancia de seguimiento es la rendición de cuentas de los Centros de Responsabilidad ante el **Consejo Técnico**, compuesto por:

- Director HBLT
- Subdirectora Médica Atención Abierta
- Subdirectora Médica Atención Cerrada
- Subdirector Médico Quirúrgico
- Subdirectora de Gestión Clínica
- Subdirectora de Unidades de Apoyo
- Subdirectora de Gestión de Usuarios
- Subdirector Administrativo
- Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Coordinadora de Enfermería Atención Abierta
- Coordinadora de Enfermería Atención Cerrada
- Matrona Coordinadora del Servicio Clínico de Obstetricia y Ginecología

En cuanto a las herramientas externas, su análisis se realiza en el **Consejo Técnico Ampliado**, integrado por el Consejo Técnico más los Jefes de Departamento.

El Departamento de Control de Gestión también se encarga de:

- La retroalimentación al equipo directivo.
- La elaboración de informes consolidados para el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.

Finalmente, el **informe de gestión** es responsabilidad del Jefe del Departamento de Control de Gestión.

Estrategias a desarrollar para el cumplimiento del Plan de Control de Gestión

- **Impulsar la gestión del cambio** respecto del concepto de control de gestión, de tal manera que la institución, en su conjunto, se haga partícipe de este. En este aspecto, es relevante la difusión de las herramientas de gestión existentes.

- **Monitorear oportunamente los Indicadores** de las herramientas de gestión internas y externas. Esto es importante para detectar y revertir desviaciones críticas y también evaluar el cumplimiento de los objetivos.
- **Elaborar informes periódicos** que faciliten la toma de decisiones informadas por parte de los distintos niveles de gestión. Para esto se trabajará en conjunto con las unidades que son mantenedores de datos relevantes, validando la fuente de información primaria y gestionando alianzas para la entrega oportuna de información.
- **Fortalecer las instancias de evaluación**, transformándolas en espacios de diálogo técnico que generen directrices efectivas.
- **Capacitar a los equipos locales** en competencias técnicas relacionadas con el control de gestión.
- **Mantener una coordinación activa** con las entidades evaluadoras, tanto del SSMS como del MINSAL.

Responsabilidades

Si bien la responsabilidad general del Sistema de Planificación y Control de Gestión recae en el Equipo Directivo del HBLT, la responsabilidad técnica y operativa del sistema está a cargo del Departamento de Control de Gestión, responsable de implementar las estrategias necesarias para su funcionamiento efectivo.

Asimismo, en lo que respecta a la Planificación Estratégica 2025–2028, cuya elaboración contó con la participación de la comunidad hospitalaria y usuaria, la responsabilidad del cumplimiento de esta reside en el Equipo Directivo, quien lidera el establecimiento y lo conduce al cumplimiento de la misión institucional.

PLAN DE ACTIVIDADES 2025-2028



Hospital Barros
Luco Trudeau

Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de
Salud

8. Plan de Actividades

Para poder dar cumplimiento al Artículo 16 en su apartado d del D.S. N°38 de 2005 es que se elabora un plan de actividades, el cual debe ser evaluado anualmente y que además implemente el Plan de Desarrollo Estratégico. A continuación, se expone el Plan de Actividades del Hospital Barros Luco Trudeau, el cual está realizado en base a la presente planificación estratégica que tendrá vigencia durante los años 2025-2028.

Para poder elaborar el plan de actividades es que se realizaron reuniones con cada subdirector/coordinador y las principales jefaturas de cada una de las áreas del HBLT, de manera de poder analizar los objetivos estratégicos, así como los objetivos específicos, entendiendo los distintos procesos que se llevan a cabo en la institución y como el desarrollo de estos impacta al cumplimiento de los objetivos estratégicos. Una vez terminado este análisis es que se establecen indicadores de desempeño o actividades a realizar, así como las metas a cumplir durante el periodo 2025-2028.

Una vez terminado el ciclo de entrevistas es que se realiza una reunión ampliada para poder revisar los indicadores propuestos, en algunos casos, hubo nuevas propuestas o sugerencias de modificación.

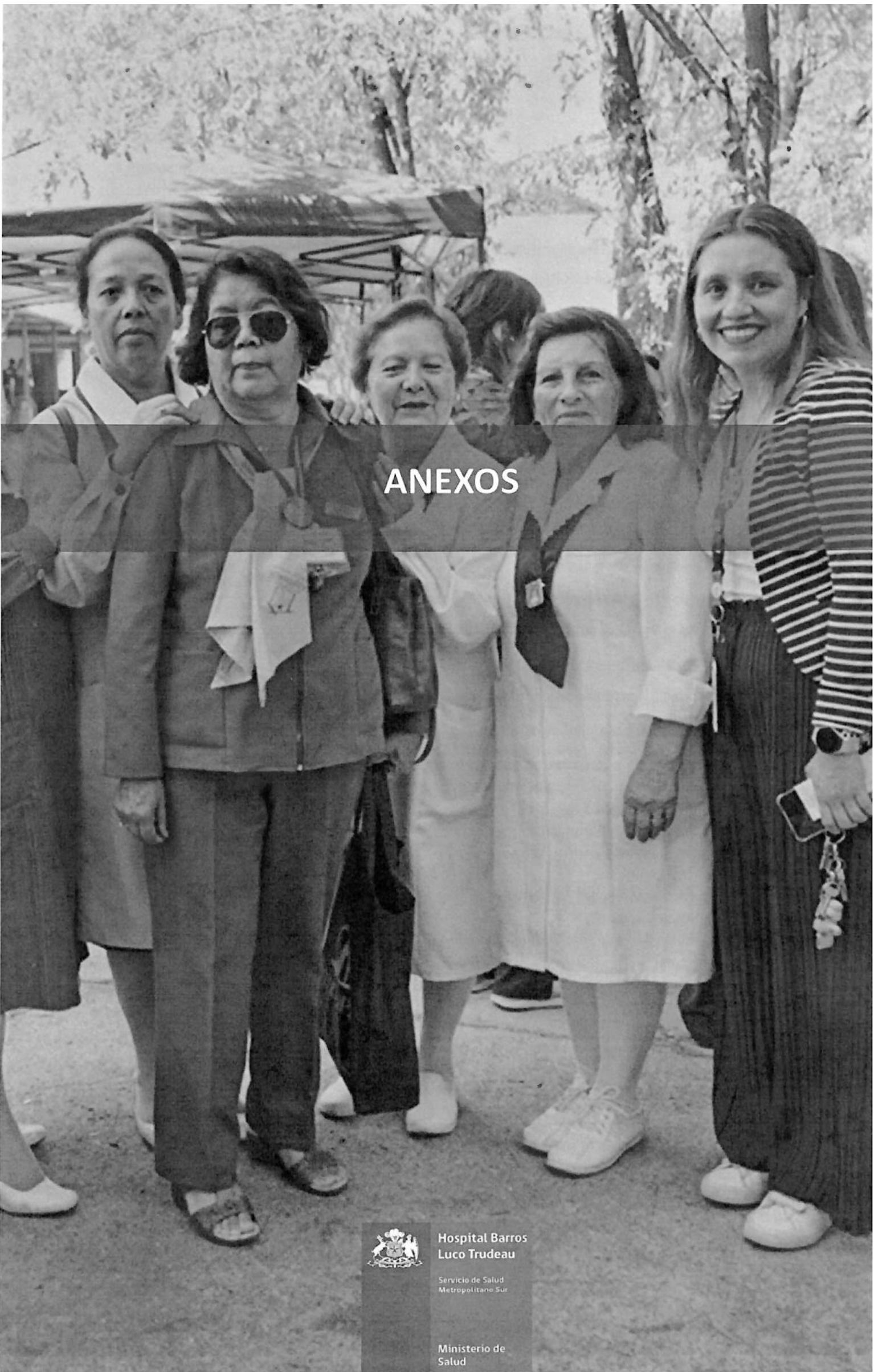
Se presenta a continuación el listado de indicadores que componen el plan de actividades:

Indicador	Fijo (Identificación)	Objetivo General	Objetivo Específico	Especificación	Nombre del indicador	Estructura del criterio	Variable 1		Variable 2	Frecuencia de medición	Formato de datos	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de la ejecución
							Nº de actividades programadas al plan	Nº de actividades ejecutadas pertenecientes al plan								
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.1 Fortalecer políticas de atención al usuario y el buen trato, para mejorar la calidad de atención al usuario		A.B.4.1 Implementación del plan de buen trato y cuidado humano en el HSLT	(Nº de actividades ejecutadas pertenecientes al plan)*100				Semestral	Documento del plan de humanización, Fotos y artículos.	250%	250%	250%	250%	Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.1 Fortalecer políticas de atención al usuario y el buen trato, para mejorar la calidad de atención al usuario		A.B.4.1 Ejecución del manual de sanitización y securitización al alta de pacientes hospitalizados	Ejecución de manual de satisfacción usuarios al alta de pacientes hospitalizados Diagnóstico (SI/No)				Anual	Documento de manual de satisfacción	51				Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.1 Fortalecer políticas de atención al usuario y el buen trato, para mejorar la calidad de atención al usuario		A.B.4.1.3 Porcentaje de pacientes con diagnóstico que cuentan con constancia de información al paciente correctamente emitida, firmada y registrada, respecto del total de casos diagnosticados en el periodo evaluado.	(Nº de casos GES con formulario completo x Nº de casos GES con formulario incompleto completo x Nº de casos GES con formulario incompletamente cumplido x Nº de casos GES con formulario ausente)					Ficha clínica electrónica vía papel/DAU/SIGAES	250%	250%	250%	250%	Jefatura de Departamento de Gestión GES
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.1 Fortalecer políticas de atención al usuario y el buen trato		A.B.4.2 Llevamiento de brecha de sencillez, accesibilidad y elaboración de plan de trabajo	Llevamiento de brecha de sencillez, accesibilidad y elaboración de plan de trabajo				Anual	Documento oficializado del plan	51	51			Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva para fortalecer canales de información al usuario		A.B.4.2.1 Difusión de las actividades en el periodo/Nº de actividades programadas*100	(Nº de actividades, comprometidas en el periodo)/Nº de actividades programadas				Anual	Informe de avances, fotos, actas de reuniones, etc.	250%	250%	250%	250%	Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva		A.B.4.2.2 Ejecución del plan de trabajo para la mejora de sencillez y accesibilidad del hospital	(Nº de estrategias ejecutadas en el periodo/Nº de estrategias comprometidas a realizar en el periodo)*100				Anual	Informe de avances, actas, fechas, etc.	250%	250%	250%	250%	Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva para fortalecer canales de información al usuario		A.B.4.2.3 Implementación de estrategias de contratación para disminuir incertidumbres de servicios para distintas prestaciones	(Nº de estrategias ejecutadas en el periodo/Nº de estrategias comprometidas a realizar en el periodo)*100				Anual	Informe de avances, actas, fechas, etc.	250%	250%	250%	250%	Subdirección de Gestión de Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva		A.B.4.2.4 Publicación de información relevante para usuarios internos y externos en plataformas disponibles.	Publicación de información relevante para usuarios (internos y externos) en plataformas disponibles.				Anual	Informe	51	51	51	51	Jefatura del Departamento de Comunicaciones
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva		A.B.4.2.5 Ejecución de plan de trabajo para el mejoramiento de necesidades de usuarios.	Ejecución de plan de trabajo para el mejoramiento de necesidades de usuarios.				Anual	Resolución que ejecuta el plan de trabajo.	51	51	51	51	Jefatura del Departamento de Atención a los Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva		A.B.4.3.1 Ejecución de plan de trabajo para el mejoramiento de necesidades de usuarios a través de consultas ciudadanas.	(Nº de actividades del plan ejecutadas en el periodo/Nº de actividades programadas en el periodo)*100				Anual	Informe de avances	250%	250%	250%	250%	Jefatura del Departamento de Atención a los Usuarios
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	A. Atención Integral y Gestión clínica B. Optimización de recursos y procesos	A. B.4 Mejorar la experiencia del usuario	A. B.4.2 implementar un sistema de comunicación efectiva		A.B.4.3.2 Realizar consultas ciudadanas periódicas para atender con grupos con necesidades similares.	(Nº de reuniones ejecutadas en el periodo/Nº total de reuniones programadas en el periodo)*100				Anual	Actas de reunión	100%	100%	100%	100%	Jefe Seguridad
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	B. Optimización de Recursos y Procesos - C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas -	B.C.D.4 Realizar una gestión de seguridad integral	B.C.D.4.1 Desarrollar un plan de seguridad ciudadana para el monitoreo y preventión en áreas críticas del hospital		B.C.D.4.1.1 Participación de trabajadores de seguridad local	(Nº de reuniones ejecutadas en el periodo/Nº total de reuniones programadas en el periodo)*100				Anual	Actas de reunión	100%	100%	100%	100%	Jefe DCTI
4.USUARIOS Y CIUDADANIA	B. Optimización de Recursos y Procesos - C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas -	B.C.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	B.C.3.1 Modernizar y expandir los sistemas de información hospitalarios para ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.		B.C.3.1.1 Porcentaje de implementación del RIC Hospitalizados	(Nº de avances del proyecto completadas en el periodo / Nº de fases del proyecto)				Anual	Implementación Tratamiento Hospitalizados	250%	250%	250%	250%	Jefe DCTI
3.PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de Recursos y Procesos - C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas	B.C.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	B.C.3.1 Modernizar y expandir los sistemas de información hospitalarios para ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.		B.C.3.2 Elaboración del Plan de Trabajo para el mejoramiento del uso de sistemas de información y su interoperabilidad.	(Nº de actividades del plan ejecutadas en el periodo/Nº de actividades programadas en el periodo)*100				Anual	Plan de trabajo	51	51	51	51	Jefe DCTI
3.PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de Recursos y Procesos - C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas	B.C.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	B.C.3.1 Modernizar y expandir los sistemas de información hospitalarios para ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.		B.C.3.3 Ejecución del Plan de Trabajo para el mejoramiento de uso de sistemas de información y su interoperabilidad.	(Nº de actividades del plan ejecutadas en el periodo/Nº de actividades programadas en el periodo)*100				Anual	Informe que de cuenta de la ejecución	250%	250%	250%	250%	Jefe DCTI

Perspectiva	Eje 1) Estrategia [6]	Objetivo General	Objetivo Específico	Descripción	Nombre del indicador	Fórmula de Cálculo	Variable 1	Variable 2	Frecuencia de medición	Fuente de datos	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Responsable de reporte: indicador
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	ii. Optimización de Recursos y Procesos -	A.3.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	B.C.3.1 Modernizar y expandir los sistemas de información hospitalarios para ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.	Moderizar y expandir los sistemas de información hospitalarios para ampliar la interoperabilidad entre servicios intra e interhospitalarios.	A.3.3.1.4 Porcentaje de congruencia de registros locales de LE_NG_CES versus registros en plataforma SIGTE	[Nº de solicitudes ingresadas a plataforma SIGTE en el periodo en curso / Total de solicitudes en el periodo en curso] *100	Nº total de solicitudes ingresadas a plataforma SIGTE del periodo en curso	Nº de solicitudes registradas en sistema local que cumplen criterios de LE_NG_CES del periodo en curso	Semestral	Plataforma Local Tracare SIGTE	270%	280%	295%	295%	Departamento de Análisis y planificación de la Demanda Asistencial
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de infraestructura, Tecnología y Sistemas	B. Optimización de Recursos y Procesos -	I. C.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	Desarrollar una estrategia robusta para garantizar la confidencialidad e integridad de los datos hospitalarios	B.C.3.2 Desarrollar una estrategia robusta que garantice la confidencialidad e integridad de la información	[Nº de actividades ejecutadas del Plan SIGI Mental programadas]*100	Nº de actividades ejecutadas del Plan SIGI Mental en el periodo	Nº de actividades ejecutadas del Plan SIGI Mental programadas	Anual	Informe de plan implementación de SIGI Mental	280%	280%	280%	280%	Jefatura DGETI
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	I. PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de Recursos y Procesos -	E. C.3 Desarrollar una estrategia de transformación digital y sistemas de información	Capacitar al personal en el uso de tecnologías, sistemas digitales nuevos y existentes para responder la continuidad de la atención.	B.C.3.3 Cargar al personal en el uso de tecnologías, sistemas digitales nuevos y existentes para responder la continuidad de la atención.	[Nº de personal capacitado en el uso de plataforma Tracare / Número de funcionarios que utilizan el Tracare en sus labores diarias]*100	Nº de personal capacitado en el uso de plataforma Tracare	Nº total de funcionarios que utilizan el Tracare en sus labores diarias	Semestral	SIRH	260%	260%	260%	260%	Equipo de proyecto SIGRA del HBLT
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	A.3.3.1 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Optimizar procesos clínicos y administrativos para obtener una mayor eficiencia.	A.3.3.1.1 Porcentaje de servicios y unidades del HBLT con implementación y autorización de Permisos Administrativos (PA) y Períodos Lagueados (PL) a través del sistema de Auticonsulta.	[Nº de servicios y unidades del HBLT con implementación y autorización de PA y PL a través del sistema de Auticonsulta implementado / Nº total de servicios y unidades del HBLT]*100	Nº de servicios y unidades del HBLT con implementación y autorización de PA y PL a través del sistema de Auticonsulta implementado	Nº total de servicios y unidades del HBLT	Semestral	SIRH	280%	280%	280%	280%	Jefatura del Oficio de Gestión de Personas
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Optimizar procesos clínicos y administrativos para obtener una mayor eficiencia.	A.3.3.1.2 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de acuerdo a gestión-priorización	[Nº de indicadores que cumplen meta en el periodo / Nº de indicadores del periodo]*100	Nº de indicadores que cumplen meta en el periodo	Nº de indicadores del periodo	Anual	Datos abiertos FONASA	100%	100%	100%	100%	Jefatura del Departamento de Control de Gestión
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Optimizar procesos clínicos y administrativos para obtener una mayor eficiencia.	A.3.3.1.3 Porcentaje de cumplimiento de instrumento de evaluación para Estructuramiento Autogestionado en Red	[Nº puntos obtenidos en instrumento EAR en el periodo / Nº total de puntos del instrumento EAR]*100	Nº puntos obtenidos en instrumento EAR en el periodo	Nº total de puntos del instrumento EAR	Anual	SISQ, Ordinario emitido por la SISA al final del periodo.	275%	275%	275%	275%	Jefatura del Departamento de Control de Gestión
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Optimizar procesos clínicos y administrativos para obtener una mayor eficiencia.	A.3.3.1.4 Porcentaje de cumplimiento de compromisos de gestión	[Sumatoria de los porcentajes cumplimiento de compromisos de gestión del periodo]	Sumatoria de los porcentajes de cumplimiento de los compromisos de gestión	Nº total de compromisos de gestión del periodo	Semestral	Informe de cumplimiento de compromisos de gestión	280%	280%	280%	280%	Jefatura del Departamento de Control de Gestión
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Optimizar procesos clínicos y administrativos para obtener una mayor eficiencia.	A.3.3.2 Establecer un Protocolo de Elaboración y Priorización de la Tabla Quinística	[Establecer un Protocolo de Elaboración y Priorización de la Tabla Quinística]	Sí	Sí	Anual	Documento que documenta el protocolo	Sí	Sí	Sí	Sí	Unidad de Gestión Pta Quirúrgica.
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Reducir tiempos de respuesta para optimizar recursos asistenciales	A.3.3.2 Reducir tiempos de respuesta y optimizar recursos asistenciales	[Reducir tiempos de respuesta para optimizar recursos asistenciales]	Nº de actividades ejecutadas	Nº de actividades cumplimentadas	Anual	Informe que de cuenta de la ejecución	280%	280%	280%	280%	Jefatura Unidad de Gestión de Pacientes
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Implementar un modelo de atención de urgencia	A.3.3.3 Implementar un modelo de atención de urgencia	[Implementar un modelo de atención de urgencia para reducir espera y mejorar el acceso]	Nº de actividades ejecutadas	Nº de actividades cumplimentadas	Anual	Cartera de servicios	280%	280%	280%	280%	Jefatura Unidad de Priorización Demográfica
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Expander programas de atención domiciliaria y telemedicina, para mejorar la accesibilidad de la atención	A.3.3.4 Aumento de la oferta de hospitalización domiciliaria	[A.3.3.4.1 Aumento de la oferta de hospitalización domiciliaria para mejorar la accesibilidad de la atención]	Nº de prestaciones nuevas incorporadas en atención domiciliaria	Nº de prestaciones nuevas incorporadas en atención domiciliaria	Anual	Informe basado en REM	21	22	23	24	Subdirector de Atención Ambulatoria
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Expander programas de atención domiciliaria y telemedicina	A.3.3.4.2 Fortalecimiento de la telemedicina (teleconsulta y telemedicina en la urgencia)	[A.3.3.4.2 Fortalecimiento de la telemedicina (teleconsulta y telemedicina en la urgencia)]	Nº de especialidades incorporadas con telemedicina en el periodo	Nº de especialidades incorporadas con telemedicina en el periodo	Anual	Informe basado en REM	51	51	51	51	Entregada Programa de Salud del Trabajador
3. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención Integral y Gestión Clínica	B. Optimización de recursos y procesos	A.3.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	Expander programas de atención domiciliaria y telemedicina, para mejorar la accesibilidad de la atención	A.3.3.4.3 Implementación de oferta telemedicina salud mental dicitómico (u/v/no)	[Implementación de oferta telemedicina salud mental dicitómico (u/v/no)]	Nº de pacientes atendidos	Nº de pacientes atendidos	Anual	RCE, producción	Sí	Sí	Sí	Sí	Entregada Programa de Salud del Trabajador

Perspectiva	Tipo (s) Estratégico (s)	Objetivo General	Objetivo Específico	Descripción	Nombre del Indicador	Fuente de Datos	Frecuencia de medición	Variante 1	Variante 2	Variante 3	Métrica	Métrica 2025	Métrica 2027	Métrica 2030	Métrica 2035	Métrica 2040	Responsible de Reporte	Indicador
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención integral y Gestión Clínica	A.B.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	A.B.3.1 Realizar una gestión eficiente de camas y registros clínicos	Implementar o mejorar las herramientas tecnológicas, para realizar una gestión eficiente de camas y registros clínicos	A.B.3.1 Capacitación sobre terminísticas de eficiencia hospitalaria (CIRI), SIE, Control de Gestión y otras)	Capacitación realizada Diariamente [Sí/No]	Sí				Informe de capacitaciones.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Jefatura Unidad GGD y Departamento de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de recursos y procesos	A.B.3 Optimizar los procesos clínicos y administrativos	A.B.3.2 Diseñar e implementar procesos de gestión de la calidad para evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos	Diseñar e implementar procesos de gestión de la calidad para evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos	A.B.3.2.1 Coniar con acreditación vigente	Acreditación vigente Diariamente Sí/No	Sí				Documento que de cuenta de la acreditación del HSLT	Sí		Sí	Sí	Sí	Jefatura Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	A. Atención integral y Gestión Clínica	A.B.3 Duplicar los procesos clínicos y administrativos	A.B.3.3.6 Diseñar e implementar procesos de gestión de la calidad para evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos	Diseñar e implementar procesos de gestión de la calidad para evaluar constantemente los procesos clínicos y administrativos	A.B.3.3.6.2 Porcentaje de actividades que componentes el Programa de Calidad ejecutadas, en el periodo.	(Nº de actividades que componen el Programa de Calidad ejecutadas, en el periodo.)	Nº de actividades que componen el Programa de Calidad ejecutadas	Nº de actividades que componen el Programa de calidad	Nº de actividades que componen el Programa de calidad	Nº de actividades que componen el Programa de calidad	Informe anual de evaluación de calidad 2015.	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	Jefatura Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de recursos y procesos	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.1 Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.1.1 Elaboración de una política de comunicación interna y relaciones públicas Diariamente [Sí/No]	Elaboración de una política de comunicación interna y relaciones públicas Diariamente [Sí/No]	Sí				Política de comunicaciones y relaciones públicas emitida por respuesta	Sí		Sí	Sí	Sí	Jefatura del Departamento de Comunicaciones	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.2 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.2.1 Implementación estrategia Ravegadores en red en HSLT	(Nº de reuniones efectuadas de mesa local de implementación/Número de reuniones programadas de mesa local de implementación)*100	Nº de reuniones efectuadas de mesa local de implementación	Nº de reuniones efectuadas de mesa local de implementación	Nº de reuniones efectuadas de mesa local de implementación	Nº de reuniones efectuadas de mesa local de implementación	Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Jefatura de la Unidad de Gestión de Red	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	B. Optimización de Recursos y Procesos - C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.3 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.3 Actualización del Manual de Referencia y Contrareference HSLT	Elaboración de Manual de Referencia y Contrareference Diariamente [Sí/No]	Sí				Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Jefatura de la Unidad de Gestión de Red	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.4 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.4.3 Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo en atención primaria en atención centrada a niveles asistenciales	(Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo del Puesto oncólogo en atención centrada a niveles asistenciales/Número de actividades programadas del plan de trabajo de gestión oncológica en atención centrada el período)*100	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Enfermera Gestora de Casos Oncología Rosario	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.5 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.5 Actualización del Manual de Referencia y Contrareference HSLT	Elaboración de Manual de Referencia y Contrareference Diariamente [Sí/No]	Sí				Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Jefatura de la Unidad de Gestión de Red	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.6 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.6.3 Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	(Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales/Número de actividades programadas del plan de trabajo de atención centrada a niveles asistenciales)*100	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.7 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.7.3 Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	(Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales/Número de actividades programadas del plan de trabajo de atención centrada a niveles asistenciales)*100	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Enfermera Gestora de Casos Oncología Rosario	
1. PROCESOS Y TECNOLOGIA	C. Modernización de Infraestructura, Tecnología y Sistemas - D. Trabajo Colaborativo en Red	B.C.D.3 Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional	B.C.D.3.8 Mejorar del flujo de información a niveles asistenciales	Hacer más eficiente la comunicación interna, para mejorar coordinación interna	B.C.D.3.8.3 Porcentaje cumplimiento del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	(Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales/Número de actividades programadas del plan de trabajo de atención centrada a niveles asistenciales)*100	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Nº de actividades ejecutadas del plan de trabajo en atención centrada a niveles asistenciales	Manual por resolución. Para 2015 solo se pide un informe de avance.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Enfermera Gestora de Casos Oncología Rosario	
1. PERSONAS Y DESARROLLO	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.2 Fortalecer el talento humano	A.2.1 Diseñar políticas de retención de talentos	Diseniar políticas para la retención de talentos	A.2.1.1 Elaboración de la Política de Retención de talentos	Elaboración de la Política de Retención de talentos Diariamente [Sí/No]	Sí				Resolución de Política de Gestión y Desarrollo de las Personalidades Funcionarios clínicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo de las Personas	
2. PERSONAS Y DESARROLLO	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.2 Fortalecer el talento humano	A.2.2 Potenciar programas de formación y desarrollo continuo	Potenciar programas de formación y desarrollo continuo para fortalecer competencias transversales y específicas	A.2.2.1 Establecer capacificaciones transversales y requeridas según el establecimiento	(Nº de funcionarios capacitados en los temas definidos en el perfil del periodo/ Número de funcionarios definidos a capacitar en el periodo)*100	Nº de funcionarios capacitados en los temas definidos en el perfil del periodo	Nº total de funcionarios definidos a capacitar en el periodo	Nº total de funcionarios definidos a capacitar en el periodo	Nº total de funcionarios definidos a capacitar en el periodo	Resolución de Política de Gestión y Desarrollo de las Personalidades Funcionarios clínicos con capacitación de TAIS y con características de trabajo digno para aquellas personas destinadas directamente a la atención clínica	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas	
2. PERSONAS Y DESARROLLO	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.2 Fortalecer el talento humano	A.2.3 Potenciar políticas de formación y desarrollo continuo	Potenciar programas de formación y desarrollo continuo para fortalecer competencias transversales y específicas	A.2.3.1 Potenciar programas de formación y desarrollo continuo para fortalecer competencias transversales y específicas	(Nº de médicos en formación autorizada por servicio clínico en el periodo/ Número total de médicos en formación por servicio clínico en el periodo)*100	Nº de médicos en formación autorizada según capacidad formadora del hospital en el periodo	Nº total de médicos en formación en el periodo	Nº total de médicos en formación en el periodo	Nº total de médicos en formación en el periodo	Supervisión en terreno y planificación de registros RUD	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	≥10%	Jefatura Unidad de Docencia y Extensión Académica	
2. PERSONAS Y DESARROLLO	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.2 Fortalecer el talento humano	A.2.3 Potenciar la investigación científica	Elaboración de informe de trabajos en congresos o publicaciones científicas Diariamente [Sí/No]	A.2.3.1 Elaboración de informe de trabajos en congresos o publicaciones científicas Diariamente [Sí/No]	(Nº de trabajos en congresos o publicaciones científicas/ Número total de trabajos en congresos o publicaciones científicas)*100	Nº de trabajos en congresos o publicaciones científicas	Nº total de trabajos en congresos o publicaciones científicas	Nº total de trabajos en congresos o publicaciones científicas	Nº total de trabajos en congresos o publicaciones científicas	Registros físicos y electrónicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Unidad de Proyectos Y Estudios	
2. PERSONAS Y DESARROLLO	A. Atención Integral y Gestión Clínica	A.2 Fortalecer el talento humano	A.2.3 Potenciar la investigación científica	Realización de jornadas de investigación e innovación Ampliadas	A.2.3.2 Realización de jornadas de investigación e innovación Ampliadas	(Nº de jornadas de investigación e innovación ampliadas/ Número total de jornadas de investigación e innovación Ampliadas)*100	Nº de jornadas de investigación e innovación ampliadas	Nº total de jornadas de investigación e innovación ampliadas	Nº total de jornadas de investigación e innovación ampliadas	Nº total de jornadas de investigación e innovación ampliadas	Atención Físicas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Unidad de Proyectos Y Estudios	

Período/ciclo	Tipo (3) [estratégico]	Objetivo General	Objetivo Específico	Nombre del indicador	Explanación de Cálculo	Fuente de Datos	Método	Métro 2016	Métro 2017	Métro 2018	Responsable de Reporte
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.2 Postular a fondos públicos y privados para mejorar sostenibilidad operativa del hospital.	B.1.2.3 Porcentaje de cumplimiento de compromiso de retribución de la institución formadora en convenio con el IMSS	[Retribución aportada por la institución formadora durante año convenio / total de retribución solicitada a la institución formadora en año convenio] *100	Retribución aportada por la institución formadora durante año convenio	Anual	Porcentaje	100%	100%	Jefatura Unidad de Docencia y Extensión Académica
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.3 Establecer contratos y trazabilidad para el uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	B.1.3.1 Seguimiento del plan Anual de Compras Diccionario (S/n/o)	Sí	Seguimiento del Plan Anual de Compras Diccionario (S/n/o)	Trimestral	Mercado Público	Sí	Sí	Jefatura del Departamento de Abastecimiento
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.3 Establecer controles y trazabilidad para el uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	B.1.3.2 Definir Sistemas de control de Stock y un protocolo respecto de la Gestión de inventario que les corresponda a cada Jefatura de Centro al respecto	Sí	Definir sistemas de control de stock y un protocolo respecto de la Gestión de inventario que les corresponda a cada Jefatura de Centro al respecto	Anual	Documento con manual y/o sistemas de control de stock	Sí		Jefatura del Departamento de Abastecimiento
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.3 Establecer contratos y trazabilidad para el uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	B.1.3.3 Porcentaje de productos mermados	(Monto total de productos mermados en el periodo evaluado /Monto total de productos valorizado en el periodo evaluado)*100	Monto total de productos mermados en el periodo evaluado.	Semestral	Sistemas, Exports	25%	25%	Sí
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.3 Establecer contratos y trazabilidad para el uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	B.1.3.4 Porcentaje de cumplimiento uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	(% de inventarios Selectivos Realizados / % de inventarios Selectivos Programados)*100	Inventarios Selectivos Realizados	Anual	Informe de inventario emitidos	275%	275%	Inventarios Selectivos Realizados
1. FINANCIERA	B. Optimización de Recursos y Procesos	B.1 Realizar una gestión financiera sostenible y estratégica	B.1.3 Establecer controles y trazabilidad para el uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	B.1.3.4 Porcentaje de cumplimiento uso de insumos y recursos hospitalarios, evitando pérdidas	(% de inventarios Selectivos Realizados / % de inventarios Selectivos Programados)*100	Inventarios Selectivos Realizados	Anual	Informe de inventario emitidos	275%	275%	Inventarios Selectivos Realizados



ANEXOS



Hospital Barros
Luco Trudeau

Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de
Salud

9. ANEXOS

A continuación, se detalla la relación de las actividades desarrolladas junto a la consultora Surlatina, así como los productos obtenidos para la “Formulación del Plan Estratégico del Hospital Barros Luco Trudeau para el periodo 2025-2028”.

9.1 Anexo I: Proceso de Planificación Estratégica y Levantamiento de la Información

EL proyecto de Planificación Estratégica ha sido estructurado para desarrollarse en las siguientes etapas y actividades:

Etapa 1: Diagnóstico

Actividad 1: Reunión de Coordinación

Actividad 2: Recopilación de Información Organizacional

Actividad 3: Diagnóstico de la Gestión Estratégica Actual

Etapa 2: Formulación Estratégica

Actividad 4: Primer Ciclo de Entrevista Grupales: Entorno y Definiciones Estratégicas

Actividad 5: Segundo Ciclo de Entrevista Grupales: Análisis de Contexto y Determinación de Objetivos Estratégicos

Actividad 6: Taller Ampliado de Generación de Consenso

Actividad 7: Documentación del Plan Estratégico

Etapa 3: Apoyo en la Difusión Interna y Externa

Actividad 8: Formulación y Acompañamiento al Plan Comunicacional

Los productos a obtener, son los siguientes:

- Diagnóstico de la gestión estratégica y operativa actual del Hospital Barros Luco Trudeau
- Plan Estratégico 2022 – 2025 del Hospital, contenido:
- Misión Revisada y Formulada
- Visión Revisada y Formulada
- Valores Revisados y Formulados
- Matriz FODA
- Objetivos Estratégicos Formulados
- Mapa Estratégico
- Propuesta de Programa Comunicacional

Etapa 1: Diagnóstico

- **Actividad 1:** Reunión de Coordinación

Se realiza reunión inicial con el Comité Directivo del Hospital, las contrapartes técnicas designadas y el equipo consultor; el día 6 de septiembre de 2024, en la cual participaron las siguientes personas:

- Walter Keupuchur – Director del Hospital
- Patricia Riquelme – Subdirectora Médica de Atención Abierta
- Claudia Riquelme Urra – Enfermera Coordinadora de Atención Cerrada
- Karina Loo Ribot - Enfermera Coordinadora de Atención Abierta
- María Elvira Peñaloza – Subdirectora de Gestión del Usuario
- Juan Carlos Valenzano Espinoza – Subdirector Administrativo
- Ana María Arriagada – Subdirectora de Gestión Clínica
- Diego Núñez – Jefe Depto. Comunicaciones
- Valentina Olea – Subdirectora de Unidades de Apoyo
- Luis Leiva – Subdirector Médico Quirúrgico
- Rodrigo Díaz – Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Carlos Vergara – Control de Gestión
- Marcela Riveros – Universidad Central
- Álvaro Cárcamo Olmos - Surlatina Consultores
- Christian Jorquera Drolett - Surlatina Consultores

En esta reunión el equipo consultor presenta los lineamientos metodológicos para el desarrollo del proyecto. De la misma forma el Comité Directivo presenta al equipo responsable del proyecto (contraparte técnica), consignándose que se ha definido para estos efectos a la Sra. Ana María Arriagada y el equipo de control de gestión.

La empresa consultora presenta a modo propositivo una carta Gantt que considera todas las actividades a desarrollar, la que se presenta en la siguiente Ilustración. La contraparte técnica analizará la programación propuesta entregando sus observaciones a la consultora para, en caso de ser necesario, actualizarla.

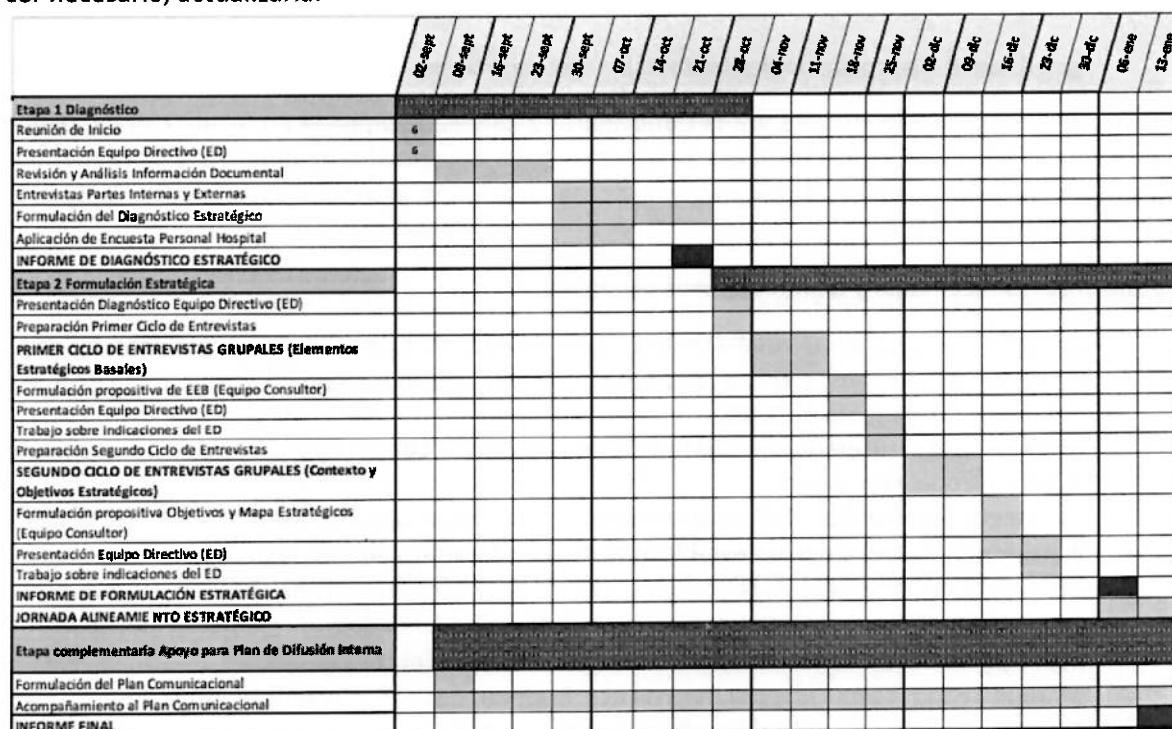


Imagen 15: Programación de las actividades del proyecto de Formulación Estratégica.

De manera simultánea se lleva a cabo la actividad 8 correspondiente a la actividad 3 que consta de la formulación y acompañamiento del plan comunicacional, tener en consideración que esta etapa es transversal y complementaria durante todo el proyecto.

- **Actividad 8:** Formulación y Acompañamiento al Plan Comunicacional.

En base a los lineamientos entregados por el Comité Estratégico, el equipo consultor en conjunto con el equipo interno responsable del proyecto planificó y coordinó el desarrollo de las actividades de acuerdo con lo siguiente:

- La contraparte técnica coordina con el Equipo Consultor la presentación del proyecto al Comité Directivo, lo que se hace el día 6 de septiembre de 2024.
- El equipo consultor envía el 11 de septiembre propuesta de Plan Comunicacional en su versión 1 y el 10 de octubre en su segunda versión.
- Por medio de la Circular N°12 el 10 de octubre el Director del Hospital informa sobre inicio del proceso de planificación estratégica a toda la comunidad hospitalaria.
- La contraparte técnica desarrolla el logo del Proceso de Planificación Estratégica HBLT 2025-2028

HBLT, el que se presenta en la siguiente ilustración:



Imagen 16: Logo de Planificación Estratégica 2025-2028 del HBLT.

- Con fecha 18 de octubre se realiza el lanzamiento de la planificación estratégica 2025-2028 del HBLT, lo que se realizó en el auditorio A de la Placa Técnica del Hospital, y contó con la presencia de jefaturas y representantes de servicios, unidades, departamentos, gremios y del Consejo Consultivo. Esta actividad fue realizada en una segunda oportunidad el día miércoles 23 de octubre convocando a funcionarios y representantes de distintos estamentos.

- **Actividad 2:** Recopilación de Información Organizacional

Se analiza la información enviada por la Contraparte y aquella recopilada en forma independiente por el Equipo Consultor, con la finalidad de conceptualizar el contexto organizacional y obtener una noción general de lo que han sido las principales preocupaciones, aspiraciones y anhelos del Hospital Barros Luco Trudeau.

La información recopilada y analizada fue la siguiente:

- Decreto 38. Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. FP: 2 de junio de 2005
- Diccionario de competencias laborales Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Desarrollo Organizacional (sin fecha)
- Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030. Ministerio de Salud. 2022
- Instrumentos de evaluación establecimientos autogestionados en red. 2024.
- Ley 19937. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Ministerio de Salud. FP 24 de febrero de 2004.
- Manual de inducción Hospital Barros Luco Trudeau. CRH 25, noviembre 2023
- Marco Normativo Gestión de las Personas. Servicio Civil.
- Orientaciones técnicas compromisos de gestión hospitalarios. 2024. V2.0. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Plan central de abordaje biopsicosocial del ausentismo y prevención, e Índice de ausentismo laboral. Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red 2024. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas (sin fecha)

- Planificación estratégica 2018-2021. Hospital barros Luco Trudeau. 2018
- Programa de calidad 2024. CGA 02, marzo 2024
- Protocolo de prevención de violencia laboral, acoso laboral y/o sexual del Hospital Barros Luco Trudeau. CRH 22, agosto 2024
- Resolución Exenta Nº142 del 2 de febrero de 2024 del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Planificación Estratégica.
- Resolución Exenta Nº2.398 del 2 de julio de 2024 del Hospital Barros Luco Trudeau. Política de buen trato laboral del HBLT.
- Resolución Exenta Nº2.785 del 31 de julio de 2024 del Hospital Barros Luco Trudeau. Política de calidad.
- Resolución Exenta Nº3.855 del 12 de junio de 2024 del Hospital Exequiel González Cortés. Planificación Estratégica
- Resolución Exenta Nº3.932 del 27 de diciembre de 2022 del Hospital Barros Luco Trudeau. Prórroga de la planificación estratégica del Hospital.
- Resolución Exenta Nº4.044 del 29 de diciembre de 2023 del Hospital Barros Luco Trudeau. Estructura organizacional.
- Resolución Exenta Nº4.045 del 29 de diciembre de 2023 del Hospital Barros Luco Trudeau. Funciones y atribuciones.
- Resolución Exenta Nº4.045 del 29 de diciembre de 2023 del Hospital Barros Luco Trudeau. Funciones y atribuciones.
- Resultados COMGES HBLT Años: 2019, 2023 y 2024.
- Resultados Glosa 04 HBLT Años: 2029 y 2023.
- Resultados Instrumento EAR HBLT Años: 2019, 2023 y 2024.
- Resultados Ley 18.834 HBLT Años: 2019, 2023 y 2024.
- Resultados Ley 19.664 HBLT Años: 2019, 2023 y 2024.
- Resultados Ley 20.707 HBLT Años: 2019, 2023 y 2024.

Como producto del análisis de la documentación obtenida, se establecieron elementos orientadores para el diseño de las entrevistas y de la encuesta, e insumos para el diagnóstico y la posterior realización de los talleres de trabajo grupal.

- **Actividad 3: Diagnóstico de la Gestión Estratégica Actual**

Se realizaron 13 entrevistas individuales y una entrevista grupal (Focus Group), las cuales se detallan en la siguiente tabla.

Nombre Entrevistado	Cargo	Fecha
M. Elvira Peñaloza	Subdirectora de Gestión de Usuario (S)	01-10-24
Edgardo Díaz	Director SSMS	07-10-24
Walter Keupuchur	Director HBLT	08-10-24
Rodrigo Díaz	Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas	08-10-24
Juan Carlos Valenzano	Subdirector Administrativo (S)	08-10-24
Patricia Riquelme	Subdirectora Médica de Atención Abierta	08-10-24
Marcela Hormazábal	Matrona Coordinadora	08-10-24
Carla Zamorano	Subdirectora Médica de Atención Cerrada	08-10-24
Claudia Riquelme	Enfermera Coordinadora de Atención Cerrada	09-10-24
Valentina Olea	Subdirectora de Unidades de Apoyo	09-10-24
Karina Loo	Enfermera Coordinadora de Atención Abierta	09-10-24
Luis Leiva	Subdirector Médico Quirúrgico	09-10-24
12 Representantes	Asociaciones de Funcionarios y Capítulo médico	18-10-24
Ana María Arriagada	Subdirectora de Gestión Clínica (S)	14-10-24

Imagen 17: Calendario del primer ciclo de entrevistas.

También se diseñó una encuesta, para ser aplicada a todos los funcionarios del Hospital, con el propósito de obtener información que permita definir y/o actualizar los principales lineamientos y directrices generales el Plan Estratégico (la caracterización de la población encuestada se puede ver en el Anexo II).

El instrumento considera 4 secciones:

- La primera sección está orientada a la caracterización de la persona que contesta según: edad, estamento, área, y tiempo que lleva trabajando en el Hospital Barros Luco Trudeau.
- La segunda sección indaga en aspectos en torno a la misión.

- La tercera sección indaga en aspectos en torno a la visión
- La cuarta sección indaga en aspectos relativos a ejes estratégicos

La encuesta fue aplicada entre los días 16 de octubre y 27 de octubre del 2024, y se recopilaron en total de 726 respuestas, a partir de esto se analizó el grado de alineamiento de la gestión del Hospital respecto a los marcos normativos vigentes y los elementos basales de una planificación estratégica (misión, visión y valores), identificando factores que aporten ventajas o barreras hacia una nueva planificación estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau.

La estructura de presentación de los resultados da cuenta de las opiniones respecto a la Misión, Visión, Valores y Ejes Estratégicos. Para cada uno de estos elementos se entregan las principales observaciones, expectativas y conclusiones del procesamiento de la información generada en las actividades indagatorias antes mencionadas.

A continuación, se presenta el análisis de cada una de las principales definiciones estratégicas basales que deben constituirse para el desarrollo de un plan estratégico al interior del Hospital, identificando factores que aporten ventajas o barreras hacia una nueva planificación estratégica del Hospital Barros Luco Trudeau:

MISIÓN

La Misión se define como “la razón de ser de la organización”. Es la declaración fundamental que le da el carácter constitutivo a la organización y a su acción. Establece su mandato. Dentro de sus características más relevantes se pueden citar:

- Debe ser capaz de establecer el marco que justifica la intervención pública en el ámbito de responsabilidad.
- Debe ser una definición comprensible, clara y concisa del propósito organizacional o identidad.
- Debe mostrar a los grupos de interés la creación de valor público esperado.
- Puede reflejar el concepto que tiene la organización de sí misma.
- Debe establecer un marco para definir los Objetivos Estratégicos.

La totalidad de las entrevistas declaran estar de acuerdo con lo postulado en la misión existente, entendiendo que ella refleja adecuadamente el mandato de hacer del hospital, sin embargo, se plantea que esta misión no se ha podido cumplir. La mayoría de los encuestados realiza observaciones en cuanto a la declaración de “atención humanizada” postulando la necesidad de avanzar en el buen trato y dignidad con los funcionarios, funcionarias y usuarios. En cuanto al trabajo en red, se plantea que es muy necesario, pero se debe trabajar en mejorar la coordinación, integración y disponibilidad de la información.

Como aspectos generales, en la etapa de entrevistas también se hicieron las siguientes observaciones acerca de la misión:

- Debería estar no solo enfocada en el usuario, sino también en su entorno (familia).
- Se debe mencionar una “atención integral” (Ejemplo, incluye salud mental).
- Realizar una declaración de seguridad para los funcionarios y usuarios, para el equipamiento y para la infraestructura del hospital.
- Puede que se planteen compromisos que no cuenten con recursos para su concreción.
- Es necesario resguardar la equidad y la transparencia.
- La infraestructura actual no asegura una atención de calidad y humanizada hacia el usuario.
- Hay que destacar la formación para nuevos profesionales de la salud, más que la frase “Asistencial-Docente”.

En la encuesta realizada, en el apartado de “¿Qué debería considerar la actualización de la misión? Se mencionan los siguientes temas:

- Centrada en los usuarios.
- Preocupación por los funcionarios.
- Uso eficiente de los recursos, promoviendo la innovación y la actualización tecnológica.
- La misión actual es poco específica y emplea un lenguaje que no representa las características que distinguen a este hospital.
- Mejorar capacitación y competencia de los funcionarios.

- Mejorar capacidad de respuesta.
- Contextualizada al territorio y la contingencia
- Mejor infraestructura.

En conclusión, la mayoría de los funcionarios reconoce que la misión es importante, sin embargo, hay aspectos que debiesen mejorarse como su redacción o profundización de algunos conceptos.

VISIÓN

La Visión corresponde a una representación de lo que se espera o anhela sea la organización en el futuro (2028). Sus principales características corresponden a:

- Debe incluir tanto los cambios que se desea lograr en el seno de la población objetivo, como la imagen objetivo de la propia institución.
- Debe revelar la imagen que desea alcanzar la organización.
- Debe ser alcanzable.

De las entrevistas realizadas se puede decir que la mayoría entiende que la visión debería quizás ser más razonable con el periodo de gestión en que se enmarca, en el sentido de ser más realista a los resultados que espera conseguir en un futuro determinado (2028).

Los principales aspectos mencionados en las entrevistas fueron:

- Ser reconocidos por su nivel de atención u oportunidad.
- Ser un hospital moderno, referente y con atención de calidad.
- Mejor ambiente laboral.
- Ser eficiente en el uso de los recursos.

Por otra parte, en base a las respuestas de las encuestas aplicadas a los funcionarios del HBLT se señalan las siguientes observaciones para la visión de la organización:

- Ser un hospital resolutivo.
- Resaltar la importancia de los funcionarios.
- Entregar una atención de calidad a los usuarios.
- Gestión en red y trabajo colaborativo como aspectos fundamentales.
- Ser reconocidos como un hospital moderno.
- Tener una visión detallada, pues la visión actual utiliza un lenguaje ambiguo y que no representa la realidad de la institución.
- Ser un hospital referente y que aspire a convertirse en una institución líder.

VALORES

Los valores corresponden a la base conductual de las personas que conforman a las organizaciones, constituyéndose en un elemento relevante para el logro de la Misión y la Visión. Una adecuada internalización de ellos orientará el accionar de todos/as los/as funcionarios/as para el cumplimiento y la coherencia de la estrategia definida. De esta forma, es menester que los valores estén claramente definidos y comunicados, y entendidos y comprendidos por todos quienes conforman la organización.

La cultura organizacional puede entenderse como "el conjunto de patrones de conducta que caracteriza a una organización y que la identifica respecto a otras. Está conformada por un sistema de valores que posibilitan su funcionamiento y enmarca el desenvolvimiento adecuado de cada uno de sus miembros y, en consecuencia, del colectivo". Las culturas fuertes son aquellas en que los valores son apreciados por todos.

A continuación, se listan ordenados de acuerdo con la cantidad de menciones, los valores que a juicio de los entrevistados son los más relevantes para la gestión del hospital y para el cumplimiento de la estrategia:

- Trabajo en equipo.
- Equidad.
- Buen trato.
- Excelencia.
- Vocación de Servicio.

- Probidad.
- Respeto.
- Empatía.
- Compromiso.
- Participación.
- Comunicación efectiva.
- Confianza.
- Responsabilidad.
- Solidaridad.

EJES ESTRATÉGICOS

Los ejes estratégicos constituyen los ámbitos de actuación en los que se centrará la actividad del hospital en los próximos años. Representan, por lo tanto, las líneas o rutas básicas de desarrollo que profundizan en el cómo alcanzar el propósito fundamental o su razón de ser (misión) de la manera en que las personas que lo conforman lo desean (visión). Los ejes estratégicos proporcionan orden y claridad al plan estratégico.

Desde una perspectiva diagnóstica, se aplicó una metodología de consulta abierta inquirendo sobre ¿cuáles cree usted que debieran ser los ejes estratégicos que orienten y guíen las acciones y decisiones del HBLT en el período 2025-2028?, tanto en las entrevistas individuales como en la encuesta. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Orientación al usuario (128 menciones en las encuestas).
- Fortalecimiento de la gestión clínica y asistencial (7 menciones en entrevistas y 156 menciones en las encuestas).
- Mejorar la gestión de las personas (8 menciones en las entrevistas y 176 en las encuestas).
- Optimización de la gestión financiera (2 menciones en entrevistas y 11 en la encuesta).
- Transitar hacia una gestión por procesos (9 menciones en las entrevistas y 36 en las encuestas).
- Mantención y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria (7 menciones en las entrevistas y 64 menciones en las encuestas).
- Fortalecimiento de los sistemas de información (10 menciones en la encuesta).
- Mejoramiento del trabajo en red y relación con la comunidad (70 menciones en la encuesta).

Asimismo, se estableció una pregunta abierta a aquellas personas que mencionaran la existencia de obstáculos, debilidades y amenazas que puedan afectar el logro de los objetivos del hospital, las respuestas se agrupan de la siguiente manera:

- Gestión de los recursos (145 menciones).
- Falta de compromiso y motivación del personal (118 menciones).
- Condiciones y ambiente laboral (60 menciones).
- Resistencia al cambio y burocracia excesiva (51 menciones).
- Atención deficiente hacia los usuarios (43 menciones).
- Falta de recursos humanos, lo cual dificulta satisfacer la demanda de pacientes (37 menciones).
- Falta de innovación, estructura y equipamiento (376 menciones).
- Creciente población y cambios socioculturales (28 menciones).

Etapa 2: Formulación Estratégica

- **Actividad 4:** Primer Ciclo de Entrevista Grupales: Entorno y Definiciones Estratégicas.

Se efectúa la presentación del Diagnóstico al Comité Directivo del Hospital el día 4 de noviembre de 2024. En esta reunión el equipo consultor presenta el marco metodológico aplicado en el diagnóstico, como una síntesis de los resultados obtenidos, estructurados en las temáticas de: Caracterización, sobre la misión, sobre la visión, sobre los valores y sobre los ejes estratégicos. Concluye con una descripción de las actividades de la próxima etapa correspondiente al primer ciclo de talleres estratégicos.

a) ResPECTO DE LA PROGRAMACIÓN DEL PRIMER CICLO DE ENTREVISTAS GRUPALES

Se construyó la programación para el Primer Ciclo de Talleres Estratégicos, consistente en 10 sesiones presenciales a realizarse en las instalaciones de la Universidad Central, de acuerdo con el siguiente calendario:

b) ResPECTO DE LA EjECUCIÓN DEL PRIMER CICLO DE ENTREVISTAS GRUPALES

Se efectuó de acuerdo con lo programado, en bloques horarios de 9:00 a 12:00 hrs.

En las sesiones se procedió de acuerdo con el programa establecido, presentando los consultores los objetivos perseguidos en la actividad, para luego proyectar un video motivador del Director del Hospital, Sr. Walter Keupuchur Meza. Acto seguido, se entregó a los asistentes un marco metodológico respecto de los elementos basales de la planificación estratégica.

c) Análisis de Resultados obtenidos y propuestas al Comité Directivo

Se debe considerar que la Misión debe reflejar que la organización es un contexto amplio, capaz de reunir todo el quehacer particular del Hospital, haciendo alusión directa a la función general y específica que cumple como instancia de gestión pública. En la mayoría de las entidades públicas, el contenido de la misión se asocia al contenido de su respectiva ley orgánica o decreto de creación, la cual define su marco general de actuación. Sin embargo, por diversas razones (como son la probable antigüedad del dispositivo legal, aunado a la velocidad de los cambios del entorno), frecuentemente tales leyes podrían ser insuficientes para definir la misión de la organización. Ello hace necesario un esfuerzo por reinterpretar las disposiciones adoptadas a la luz de un nuevo contexto.

Resultados y análisis del trabajo reflexivo grupal sobre la Misión

Del trabajo reflexivo y participativo de los 10 grupos conformados para la indagación de los antecedentes constitutivos para una Misión, podemos concluir que los principales elementos mencionados fueron:

Qué hacemos:

- Hospital asistencial docente, que brinda atenciones en salud ambulatoria y de hospitalización de alta complejidad.
- Entregamos atención de salud especializada.
- Brindamos atención de salud de alta complejidad.
- Promover la excelencia en la atención sanitaria, combinando calidad y compromiso con la comunidad.
- Realizamos docencia – Formamos profesionales de la salud

Para qué lo hacemos:

- Para dar recuperación y rehabilitación oportuna a nuestros usuarios (Enfatiza un enfoque integral que abarca no solo al paciente, sino también a su contexto y apoyo).
- Para mejorar la calidad de vida/salud de nuestra comunidad usuaria (Implica un objetivo claro de mejorar las condiciones generales de los beneficiarios).
- Para promover, mantener, recuperar la salud de los usuarios de la red.
- Contribuir a la salud en forma integral.
- Formamos profesionales de la salud

Para quién lo hacemos:

- Para los usuarios y su entorno (El servicio está centrado no solo en los usuarios directos, sino también en sus familias, redes de apoyo y comunidades, reflejando un enfoque integral).
- Para la población beneficiaria de la red.
- Para la población asignada y de derivación nacional (referencia)
- Para una población multicultural, con creciente diversidad y necesidades en todo su ciclo vital.

Cómo lo hacemos:

- Con atención humanizada (Enfoque en el respeto, la dignidad y la empatía hacia los usuarios y entre el personal del Hospital).
- Con Trabajo en red (Colaboración con APS, instituciones, comunidades y otros actores del sistema de salud para un impacto colectivo).

- Innovación y excelencia (Asegurar procesos estandarizados, incorporando mejoras continuas y prácticas innovadoras en los servicios).
- Compromiso del equipo (Un equipo calificado y comprometido como base para alcanzar los objetivos).
- Con infraestructura física y tecnológica esencial para asegurar la calidad y seguridad de nuestros usuarios atendidos.
- Optimización de recursos (Uso eficiente y sostenible de los medios disponibles (insumos) para maximizar el impacto).
- Equidad y accesibilidad. (Se destaca la importancia de asegurar que todos los beneficiarios, independientemente de sus circunstancias, reciban atención justa y oportuna).
- Participación y compromiso comunitario. (La participación de las comunidades y el compromiso de los actores involucrados refuerzan el impacto colectivo y sostenible del servicio).

Estos conceptos destacan la integración de calidad, colaboración e innovación en el servicio.

Resultados y análisis del trabajo reflexivo grupal sobre la Visión

La Visión es una representación de lo que debe ser en el futuro el HBLT, en el ámbito de la temática que le compete, siendo esta casi por completo intuitiva.

Se realizó un segundo ejercicio reflexivo grupal con la finalidad de analizar los elementos constituyentes de la Visión del Hospital, formulando a los participantes dos preguntas: ¿Cómo queremos ser vistos en el futuro (2028)? y ¿Qué debemos hacer para lograrlo?

Del trabajo reflexivo y participativo de los 10 grupos conformados para la indagación de los antecedentes constitutivos para una Visión, podemos concluir que los principales elementos mencionados fueron:

Cómo queremos ser vistos en el futuro

- Un hospital líder y referente.
- Resolutivo y oportuno.
- Que se adapte a las necesidades de la población.
- Inclusiva y de los más altos estándares de calidad.
- Inclusivo e innovador.
- Ser un hospital moderno y resolutivo que otorgue una atención oportuna y de calidad.
- Moderno, cálido, cercano, inclusivo.
- Hospital enfocado en la calidad de la atención a sus pacientes.
- Reconocidos por su excelencia.

¿Qué debemos hacer para lograrlo?

- Mejoramiento y desarrollo de la infraestructura.
- Tecnología y competencias profesionales.
- Elevar índices de calidad de vida laboral.
- Mejoramiento de la estructura organizacional.
- Optimizar mecanismos de comunicación interna.
- Fomentar el autocuidado del personal.
- Mantener personal capacitado y cercano al usuario.
- Reducir las listas de espera.
- Mas calidad y excelencia.
- Procesos claros y precisos
- Certificaciones internacionales (Calidad).
- Facilitar el acceso a la información y procesos de atención.
- Mejorar estrategias de gestión y liderazgo
- Mejorar canales, contenidos y estrategias de comunicación
- Mejores incentivos
- Mejorando la salud mental de sus funcionarios.

Resultados y análisis del trabajo reflexivo grupal sobre los Valores

De esta forma, los valores constituyen la base conductual para el logro de la Misión y la Visión, orientando las acciones de los colaboradores y haciéndolas coherentes con la estrategia. Los valores

deben estar claramente definidos y comunicados, y ser adecuadamente entendidos y asumidos por todos quienes conforman la organización.

El trabajo de los grupos en cuanto a seleccionar los 5 valores que estimaren más relevantes para reforzar la cultura organizacional y poder así alcanzar la misión y visión esbozadas, arrojó el siguiente ordenamiento según el número de menciones:

- Trabajo en Equipo: 19 selecciones
- Buen Trato: 16 selecciones.
- Compromiso: 16 selecciones
- Vocación de Servicio: 12 selecciones
- Responsabilidad: 12 selecciones
- Respeto: 11 selecciones
- Excelencia: 11 selecciones
- Empatía: 9 selecciones.
- Probidad: 8 selecciones
- Confianza: 8 selecciones
- Comunicación: 7 selecciones
- Equidad: 6 selecciones
- Participación: 4 selecciones
- Solidaridad: 3 selecciones
- Compasión: 1 selección (valor agregado por un grupo).

Resumen del trabajo reflexivo grupal sobre los Lineamientos Estratégicos

Se realizó el cuarto ejercicio reflexivo grupal con la finalidad de discutir y priorizar los lineamientos estratégicos que debieren orientar el quehacer del hospital en el próximo cuatrienio para el logro de la postura estratégica esbozada, entregando para discusión de los grupos la propuesta de lineamientos estratégicos desarrollada en el diagnóstico (presentada al Comité Directivo el día 4 de noviembre). Se solicita priorizar los lineamientos entregados en el marco de la consecución de la misión y la visión trabajadas previamente por ellos. El resultado de esta priorización es el siguiente:

Lineamiento Estratégico propuesto	Promedio de Prioridad
Gestión de Personas	2,65
Gestión Clínica y Asistencial	3,35
Gestión por Procesos	3,9
Gestión Financiera	4,7
Sistemas de Información	4,8
Infraestructura Hospitalaria	5,5
Trabajo en Red	6,7

Imagen 18: Priorización de los lineamientos estratégicos propuestos.

- **Actividad 5: Segundo Ciclo de Entrevista Grupales: Análisis de Contexto y Determinación de Objetivos Estratégicos.**

Se construyó la programación para el Segundo Ciclo de Talleres Estratégicos, consistente en 10 sesiones presenciales a realizarse en las instalaciones de la Universidad Central, de acuerdo con el siguiente calendario:

ANÁLISIS DE CONTEXTO

Se realizó un primer ejercicio reflexivo grupal para consensuar el análisis de contexto, en función de las Fortalezas, Debilidades, Amenazas y Oportunidades (FODA).

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Se realizó un segundo ejercicio reflexivo grupal para consensuar líneas estratégicas que permitan, desde la situación caracterizada en el análisis de contexto (FODA), determinar los objetivos estratégicos que favorezcan el posicionamiento declarado en la Misión y la Visión.

Los objetivos estratégicos generales son aquellos que abarcan una visión amplia y a largo plazo para el desarrollo y desempeño del hospital. Representan las metas globales que orientan todas las acciones y decisiones estratégicas de la organización. Suelen definirse a partir de los ejes estratégicos y están alineados con la misión y visión institucional.

Características clave:

- Amplitud: Su enfoque es amplio y se relaciona con desafíos estratégicos globales.
- Largo plazo: Generalmente, tienen un horizonte temporal más extenso (4 años o más).
- Orientación a resultados: Se centran en el impacto esperado y en resultados transformadores.
- Transversales: Impactan múltiples áreas funcionales del hospital.

Para cada objetivo estratégico general se han identificado objetivos estratégicos específicos, los cuales desglosan acciones concretas que permitirán su logro. Representan metas más detalladas y operativas que tienen un horizonte temporal más corto y se enfocan en resultados medibles y alcanzables.

- Actividad 6: Taller Ampliado de Generación de Consenso.
- Actividad 7: Documentación del Plan Estratégico.

9.2 Anexo II: Caracterización de la población encuestada del HBLT

El siguiente apartado da cuenta de una caracterización de los 726 integrantes del Hospital Barros Lucas Trudeau que respondieron la encuesta.

En cuanto a la variable sexo de los/as encuestados/as, un 69,01% corresponde a mujeres y un 30,99% de varones.

Tiempo de trabajo en la institución	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 30 años	252	34,71%
30 a 39 años	198	27,27%
40 a 49 años	109	15,01%
50 a 59 años	43	5,92%
60 años o más	124	17,08%
Total	726	100%

Imagen 19: Edad de los funcionarios del HBLT que responden a encuesta.

En relación con los rangos etarios, se observa que la mayoría de los encuestados, el 34,71%, tiene menos de 30 años, seguido por un 27,27% en el rango de 30 a 39 años. Esto indica que más de la mitad de los participantes en la encuesta (61,98%) pertenece a una población joven, menor de 40 años. En contraste, un 15,01% se encuentra entre los 40 y 49 años, un 5,92% entre los 50 y 59 años, y el 17,08% tiene 60 años o más, representando un grupo con experiencia y mayor antigüedad. Esta distribución sugiere una mayoría joven en la muestra, acompañada de un grupo significativo de encuestados de mayor edad que podría aportar experiencia al contexto evaluado.

Estamento	Frecuencia	Porcentaje
Directiva	10	1,38%
Profesional	386	53,17%
Administrativa	205	28,24%
Técnico	95	13,09%
Auxiliar	21	2,89%
Otro	9	1,24%
Total General	726	100,00%

Imagen 20: Estamento de los funcionarios del HBLT que responden a la encuesta.

Respecto del estamento al que pertenecen los encuestados, la mayoría, un 53,17%, pertenece al estamento Profesional, seguido por un 28,24% en el estamento Administrativo. Además, un 13,09% corresponde al estamento Técnico, mientras que los estamentos Auxiliar y Directivo representan un 2,89% y un 1,38%, respectivamente. En la categoría "Otro", que corresponde a una pregunta abierta, un 1,24% de los encuestados incluyó funciones específicas tales como Kinesióloga, Técnico Paramédico, Jefe de Departamento de Gestión GES, Seguridad, Monitora del grupo ADIPSAM, Personal Externo Técnico Electrónico y Vigilancia.

Área	Frecuencia	Porcentaje
Dirección	29	3,99%
Subdirección Médica de Atención Cerrada Quirúrgica	36	4,96%
Subdirección Médica de Atención Cerrada Médica	60	8,26%
Subdirección Médica de Atención Abierta	34	4,68%
Subdirección de Gestión Clínica	97	13,36%
Subdirección de Unidades de Apoyo	131	18,04%
Subdirección Gestión del Usuarios	49	6,75%
Subdirección de Administrativa	122	16,80%
Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas	36	4,96%
Coordinación de Enfermería Atención Abierta	40	5,51%
Coordinación de Enfermería Atención Cerrada	47	6,47%
Coordinación de Matronería	45	6,20%
Total General	726	100,00%

Imagen 21: Áreas de las que provienen los funcionarios del HBLT que responden a encuesta.

Las áreas con mayor representación son: Subdirección de Unidades de Apoyo, con un 18,04%, seguido por la Subdirección Administrativa con un 16,80% y la Subdirección de Gestión Clínica con un 13,36%.

Tiempo de trabajo en la institución	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	76	10,47%
1 año a 5 años	202	27,82%
6 años a 10 años	164	22,59%
11 o más años	284	39,12%
Total	726	100%

Imagen 22: Tiempo de trabajo que llevan en la institución los funcionarios que responden a encuesta.

Respecto del tiempo de trabajo en la institución (ver Tabla 4), el 39,12% de los encuestados lleva 11 o más años trabajando en la organización, lo que indica que una parte significativa del personal tiene una larga trayectoria en ella. Un 22,59% ha permanecido entre 6 y 10 años, lo que implica que el 61,71% del total de encuestados cuenta con al menos 6 años de experiencia. El resto se distribuye en un 27,82% que lleva entre 1 y 5 años, y un 10,47% que tiene menos de 1 año en la institución.

9.3 Anexo III: Políticas del HBLT

1) Análisis y Gestión de Riesgo

- **Definición:**

La Gestión de Riesgos para Hospital Barros Luco (HBLT) es un componente esencial en el marco de calidad de servicio y seguridad de la atención en salud, además es una herramienta fundamental para el logro de los objetivos de la institución. En un entorno hospitalario, donde la complejidad de los cuidados y la diversidad de pacientes presentan desafíos únicos, una gestión efectiva de riesgos es crucial para proteger la salud y el bienestar de los pacientes, el personal y la infraestructura del hospital; en resumen, la Gestión de Riesgo es una estrategia para fortalecer el cumplimiento de la misión institucional.

- **Objetivo General:**

Establecer un marco para identificar, evaluar, controlar, mitigar y gestionar los riesgos operativos relevantes que afectan al hospital, con un enfoque proactivo y sistemático que permita anticipar problemas, prevenir incidentes y responder de manera eficaz cuando éstos ocurran.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Cumplir con requisitos normativos y estándares de calidad.
- 2) Fomentar una cultura de prevención y seguridad.
- 3) Fomentar la mejora continua de procesos.
- 4) Reforzar responsabilidades por parte de los encargados de procesos y la comprensión del riesgo dentro de toda la institución.
- 5) Mejorar la calidad de entrega del servicio y la satisfacción de usuarios del hospital.

- **Estrategias:**

- 1) La utilización de la norma chilena ISO NCh-ISO 31000:2018 como marco principal para la gestión de riesgos integral en la organización.
- 2) Las directrices que sobre la materia establezca el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG).
- 3) El apetito al riesgo⁵, la tolerancia al riesgo⁶ y la capacidad de riesgo⁷ serán revisados y evaluados por la Dirección, minimizándolos paulatinamente dentro de los estándares y recursos disponibles.
- 4) La integridad y consistencia de los procesos institucionales.
- 5) La calidad de la gestión de recursos humanos a través de sus habilidades, perfiles y entrenamiento.
- 6) La infraestructura.
- 7) La pertinencia, oportunidad y seguridad de la información.
- 8) El compromiso de la Alta Dirección.

2) Política de Auditoría

⁵ Apetito de Riesgo: Es la cantidad de riesgo a nivel global, que la organización está dispuesta a aceptar en su búsqueda de valor. Este puede ser establecido en relación a la organización como un todo, para diferentes grupos de riesgos o en un nivel de riesgo individual. (Documento Técnico N°81 “Diccionario de Riesgos para el Sector Público”, página 4.)

⁶ Tolerancia al Riesgo: Es el nivel aceptable de la variación alrededor del logro de un objetivo de negocio específico y se debe alinear con el apetito del riesgo de una organización. (Documento Técnico N°81 “Diccionario de Riesgos para el Sector Público”, página 17.)

⁷ Capacidad de Riesgo: Cantidad y tipo de riesgo máximo que una organización es capaz de soportar en la persecución de sus objetivos. (Documento Técnico N°81 “Diccionario de Riesgos para el Sector Público”, página 5.)

- **Definición:**

La política de Auditoría Interna del Hospital Barros Luco Trudeau establece principios, directrices y criterios generales que orienten, así como asegurar que la auditoría interna se ejecute de forma coherente, eficiente y alineada con los objetivos institucionales, actuando a su vez como guía operativa y estratégica para el equipo auditor⁸.

- **Objetivo General:**

Establecer los lineamientos que regulan el funcionamiento de la Auditoría Interna del HBLT, con el fin de fortalecer el sistema de control interno, promover la transparencia, prevenir riesgos, mejorar la gestión institucional y asegurar el uso eficiente y eficaz de los recursos públicos⁹.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Evaluar el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas.
- 2) Examinar y verificar la razonabilidad de los procesos institucionales.
- 3) Verificar los procesos de compras, contrataciones, pagos y manejo de fondos.
- 4) Verificar procesos clínicos, aplicación de protocolos y guías clínicas.
- 5) Evaluar los controles internos y proponer medidas de mejora.
- 6) Asegurar la gestión de riesgos institucionales.
- 7) Realizar consultorías, a objeto de brindar asesoría independiente, objetiva y especializada a las distintas áreas del hospital.
- 8) Verificar el cumplimiento de las metas institucionales, planes y políticas del HBLT, entre otras¹⁰.

- **Estrategias:**

- 1) La unidad elaborará anualmente un plan de auditoría interna, el cual deberá ser aprobado por el director del hospital y validado por el Servicio de Salud respectivo.
- 2) Se priorizarán las auditorías de riesgo, basadas en análisis de impacto y probabilidad, y auditorías obligatorias conformes al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y aquellas de carácter ministerial.
- 3) Todos los informes de auditoría serán presentados a la Dirección del HBLT, para su aprobación y, cuando corresponda, serán remitidos al CAIGG, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Dpto. de Auditoría del Ministerio de Salud y/o Contraloría General de la República.
- 4) Se elaborará un sistema de seguimiento de observaciones para asegurar la implementación de medidas correctivas.
- 5) En casos graves, se informará de inmediato a los organismos pertinentes (Contraloría, Fiscalía, etc.)
- 6) La unidad debe contar con personal capacitado en auditoría, contabilidad pública, control interno, gestión de riesgos y normativa del sector salud.
- 7) Promover la formación continua del equipo auditor¹¹.

3) Gestión de Calidad

- **Definición:**

La política de calidad del HBLT busca reflejar el compromiso con nuestra institución y sus colaboradores, en el desarrollo y fortalecimiento de los procesos, alineados con la Estrategia Nacional de Salud del MINSAL de “Mejorar la Calidad de Atención de Salud”. Además, se busca instalar un enfoque educativo, contribuyendo a un cambio cultural y fomentar la participación, compromiso y motivación de todo el personal, con el fin de garantizar a nuestros usuarios

⁸ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Auditoría. Política de Auditoría (Resolución Exenta N°1837 de 2025).

⁹ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Auditoría. Política de Auditoría (Resolución Exenta N°1837 de 2025).

¹⁰ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Auditoría. Política de Auditoría (Resolución Exenta N°1837 de 2025).

¹¹ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Auditoría. Política de Auditoría (Resolución Exenta N°1837 de 2025).

servicios accesibles, equitativos, dignos, pertinentes y con continuidad, generando de esta manera satisfacción y adhesión a la institución¹².

- **Objetivo General:**

Satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, mejorando continuamente la calidad de la atención sanitaria entregada y la seguridad del paciente.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Posicionar el sistema de gestión de calidad como pilar del desarrollo y funcionamiento de la institución.
- 2) Disminuir los riesgos asociados a la atención de nuestros usuarios.
- 3) Potenciar el desarrollo de la calidad en la institución, fortaleciendo a la mejora continua de calidad y seguridad de los procesos asistenciales.
- 4) Mantener el estándar de acreditación, según la normativa vigente.
- 5) Otorgar orientaciones técnicas en el proceso de obtención, mantención y actualización de la autorización sanitaria.
- 6) Mantener al personal capacitado y comprometido con la cultura de calidad.
- 7) Otorgar orientaciones técnicas en el proceso de obtención, mantención y actualización de la autorización sanitaria.
- 8) Mantener al personal capacitado y comprometido con la cultura de la calidad.
- 9) Resguardar los derechos de las personas en todo el proceso de atención¹³.

- **Estrategias:**

- 1) Orientar nuestro quehacer hacia la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios.
- 2) Estimular y promover la mejora continua de la calidad de la atención prestada.
- 3) Propender a la estandarización de los procesos de atención para disminuir la variabilidad en la práctica clínica y prevenir impactos negativos en calidad y seguridad de la atención brindada.
- 4) Revisar los procesos y seguimiento de indicadores en procesos críticos, con mayor énfasis en aquellos con repercusión directa en la atención de nuestros pacientes y usuarios, a fin de prevenir riesgos y garantizar la seguridad.
- 5) Generar y cumplir programas anuales de trabajo, definidos en el ámbito de la calidad.
- 6) Planificar y dar seguimiento a las actividades relacionadas con la seguridad del paciente.
- 7) Fortalecer la gestión del riesgo en la prevención de eventos adversos en vías de un sistema de vigilancia mixto (pasivo-activo).
- 8) Mantener la farmacovigilancia como un sistema de gestión de seguridad del paciente mediante el reporte de acciones adversas a medicamentos (RAM).
- 9) Fortalecer la tecnovigilancia a nivel institucional como un sistema de reporte y seguimiento de las fallas con dispositivos médicos que afecten al paciente.
- 10) Promover el compromiso de todos, para desarrollar la cultura de la calidad.
- 11) Otorgar oportunidades de capacitación para la comunidad funcional orientadas al desarrollo eficaz de las estrategias de calidad y seguridad del paciente¹⁴.

4) Gestión de Comunicación Interna y Relaciones Públicas

- **Definición:**

¹² Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Política de Calidad. (Resolución Exenta N° 2785 de 2024).

¹³ Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Política de Calidad. (Resolución Exenta N° 2785 de 2024).

¹⁴ Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Política de Calidad. (Resolución Exenta N° 2785 de 2024).

La política de comunicaciones del HBLT se establece como la ruta a través de la cual la Planificación Estratégica de la institución podrá avanzar, con la forma y visibilidad adecuada, revelando la gestión y administración organizacional.

- **Objetivo General:**

Establecer los lineamientos que permitan implementar una gestión eficaz, coherente y transparente de las comunicaciones internas y externas del hospital, promoviendo principios tales como la confianza, el respeto, y el compromiso, tanto con la comunidad funcionaria como con las y los usuarios para, de esta forma, contribuir a la consecución de los objetivos estratégicos institucionales definidos, como así también, de su misión, visión y valores.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Contribuir a la transmisión de la misión, visión y de los valores institucionales en los diversos públicos objetivos.
- 2) Difundir información oportuna, veraz y actualizada del quehacer institucional y sus servicios.
- 3) Promocionar una salud pública preventiva en los diversos públicos objetivos.
- 4) Posicionarse en la agenda noticiosa de acuerdo a la misión, visión y valores institucionales, en coordinación con la autoridad central.
- 5) Fortalecer las relaciones con actores claves para la institución.
- 6) Establecer un marco general respecto de aquellos temas que requieren de vocería institucional.
- 7) Estandarizar formas de acción frente a contingencias o en materia de comunicación corporativa interna y externa.
- 8) Hacer gestión de crisis mediante estrategias previamente coordinadas.
- 9) Apoyar la articulación interna, fortaleciendo la cultura, identidad e imagen institucional.

- **Estrategias:**

- 1) Reuniones de pauta semanales con Dirección, en su rol de miembro integrante del equipo asesor.
- 2) Coordinación permanente con la subdirección a cargo de la gestión de personas.
- 3) Envío de boletines, elaboración de diarios murales internos, confección de protectores de pantallas, folletería, intranet, correos.
- 4) Utilización de redes sociales como forma de vincular con la comunidad usuaria.
- 5) Permanente utilización de la web institucional.
- 6) Relación constante con medios de comunicación masivos y comunitarios.
- 7) Coordinación permanente con la subdirección encargada de los usuarios.
- 8) Gestión de crisis.
- 9) El mapeo y segmentación de actores clave en razón del nivel de influencia e interés institucional.
- 10) El establecimiento de canales de comunicación entre instituciones.
- 11) Fomentar los espacios de participación de la comunidad con la institución.
- 12) Contribuir permanentemente a la gestión de estrategias de alianza con el mundo académico.

5) **Gestión de Satisfacción Usuaria**

- **Definición:**

La Política de Satisfacción Usuaria del Hospital Barros Luco Trudeau está orientada al fortalecimiento de los valores institucionales y al cumplimiento de los lineamientos estratégicos que guían nuestra labor. También busca promover la satisfacción y adhesión tanto de los usuarios internos como externos, contribuyendo activamente a un cambio cultural que fomente la participación, el compromiso y la motivación de todos los funcionarios del establecimiento.

- **Objetivo General:**

Promover una atención en salud integral, humanizada y centrada en el usuario en el HBLT, fortaleciendo los valores institucionales y el cumplimiento de los lineamientos estratégicos, con

énfasis en la satisfacción de usuarios internos y externos, el respeto por la dignidad de las personas, la mejora continua de la calidad y seguridad asistencial, y el fomento de una cultura organizacional basada en la participación, el compromiso y la formación permanente del personal de salud.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Fortalecer la atención centrada en la persona, promoviendo el respeto, la dignidad, empatía y comunicación efectiva en cada etapa del proceso asistencial.
- 2) Mejorar continuamente la calidad y seguridad de la atención, mediante la retroalimentación de los usuarios, gestión oportuna de los reclamos y sugerencias, así como la implementación de acciones correctivas.
- 3) Fomentar la participación activa de los usuarios internos y externos, a través de los espacios de diálogo, encuestas de satisfacción y otras instancias que permitan conocer sus necesidades, percepciones y expectativas.
- 4) Desarrollar competencias en el personal de la salud, mediante programas de formación continua en el trato humanizado, comunicación, calidad asistencial y normativa legal vigente.
- 5) Promover una cultura organizacional basada en el respeto, el compromiso y la motivación, generando un ambiente laboral favorable que impacte positivamente en la experiencia del usuario.
- 6) Facilitar el acceso equitativo a la información y a los servicios de salud.
- 7) Reforzar el vínculo entre hospital y la comunidad, mediante iniciativas de acercamiento territorial, educación en salud y apoyo a pacientes en situación de vulnerabilidad.
- 8) Monitorear y evaluar periódicamente los niveles de satisfacción usuaria.

- **Estrategias:**

- 1) Implementar y actualizar continuamente protocolos y flujos de atención.
- 2) Mantener una comunicación clara y constante con el paciente.
- 3) Fomentar el conocimiento, la participación activa y el compromiso de la comunidad.
- 4) Implementación de canales de comunicación más efectivos.
- 5) Impulsar proyectos y acciones concretas orientadas a la mejora continua de la satisfacción usuaria, enfocándose en la calidad de la atención directa, el trato institucional y el cumplimiento de los compromisos asumidos.
- 6) Mejorar infraestructura, para crear un entorno más cómodo y seguro para los usuarios.
- 7) Desarrollar campañas y acciones de sensibilización dirigidas al personal, orientadas a fortalecer el buen trato, la empatía y el respeto hacia los usuarios.
- 8) Implementar una vigilancia activa de la seguridad del paciente, previniendo y monitoreando y previniendo riesgos durante toda su estadía en el hospital.
- 9) Promover una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades específicas de la población asignada.
- 10) Optimizar procesos administrativos, para facilitar el acceso a los servicios y reducir los tiempos de espera.

6) Gestión de RISS

- **Definición:**

La política de gestión de RISS del HBLT busca alinear el trabajo en salud con una visión sistémica, velando por la integración y coordinación de servicios sanitarios de los distintos establecimientos e instituciones, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas de manera eficiente, equitativa, oportuna y con calidad técnica, centrado en el usuario de manera de cuidar la continuidad e integridad en la atención con la satisfacción usuaria.

- **Objetivo General:**

Fortalecer la articulación del Hospital Barros Luco con la Red Integrada del SSMS y macrored MINSAL, mediante procesos coordinados, eficientes y centrados en el paciente, que aseguren la continuidad del cuidado entre los distintos niveles de atención, desde la atención especializada.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Implementar protocolos de referencia y contrarreferencia actualizados entre el Hospital Barros Luco y los establecimientos de Atención Primaria y otros niveles de la red, asegurando tiempos de respuesta adecuados y seguimiento efectivo.
- 2) Fortalecer la coordinación clínica interdisciplinaria mediante equipos de trabajo conjuntos que faciliten la comunicación continua entre profesionales de distintos niveles de atención dentro de la red del SSMS.
- 3) Consolidar los procesos clínicos y/o administrativos del establecimiento para facilitar la integración de datos clínicos, el uso de sistemas electrónicos de gestión de citas y la interoperabilidad con otros sistemas de información.
- 4) Capacitar al personal del hospital en los principios y prácticas de la gestión clínica en red, fomentando una cultura organizacional orientada al trabajo colaborativo y centrado en el paciente.
- 5) Monitorear continuamente los indicadores claves del proceso de atención para identificar oportunidades de mejora en cautelar la calidad y continuidad de los cuidados en la RISS centrado en el usuario.

- **Estrategias:**

- 1) Implementar protocolos de referencia y contrarreferencia.
- 2) Fortalecer la coordinación clínica interdisciplinaria mediante comités y equipos de trabajo conjuntos.
- 3) Fortalecer los procesos clínicos y/o administrativos para facilitar la integración de datos y sistemas.
- 4) Capacitar al personal del hospital en gestión clínica en red.
- 5) Monitorear continuamente los indicadores claves del proceso ambulatorio de atención.

7) Gestión de Seguridad de la Información

- **Definición:**

El HBLT como garante de datos personales y sensibles de los pacientes, tiene el compromiso de gestionar de manera continua la seguridad de la información y ciberseguridad, cumpliendo con la normativa gubernamental vigente. Implementando medidas para establecer niveles adecuados de seguridad y, promoveremos un plan de mejora continua basado en las normas establecidas por el Ministerio de Salud y el Gobierno de Chile¹⁵.

- **Objetivo General:**

Garantizar la protección integral de los activos de información, incluyendo la confidencialidad, integridad y disponibilidad de datos, así como la mitigación de los riesgos informáticos. De igual manera, asegurar el cumplimiento de las obligaciones legales y normativas. Además, establece directrices para asegurar la seguridad de software, hardware, sistemas informáticos y datos, promoviendo un entorno seguro y consciente frente a los desafíos actuales en seguridad de la información y ciberseguridad¹⁶.

- **Objetivos Específicos:**

¹⁵ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Gestión de Tecnologías de Información. Política General de Seguridad de la Información y Ciberseguridad. (Resolución Exenta N°4063 de 2024).

¹⁶ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Gestión de Tecnologías de Información. Política General de Seguridad de la Información y Ciberseguridad. (Resolución Exenta N°4063 de 2024).

- 1) Identificar y registrar los activos de información relevantes, tanto directos como indirectos, presentes en los procesos institucionales.
- 2) Implementar un modelo de gestión de riesgos para la seguridad de la información y ciberseguridad.
- 3) Velar por la protección integral de la información en términos de su procesamiento, conservación y transmisión.
- 4) Establecer protocolos claros para la gestión de incidentes de seguridad de la información y ciberseguridad, con el fin de detectar, notificar, responder y recuperarse de manera eficiente ante cualquier evento no deseado.
- 5) Seguir y actualizar de manera constante todas las medidas de seguridad establecidas para mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información.
- 6) Minimizar la probabilidad de eventos contingentes que puedan interrumpir la continuidad operacional y reducir el impacto a posibles daños a las instalaciones, medios de almacenamiento, equipos de procesamiento y comunicación.
- 7) Aplicar planes de continuidad operacional para abordar situaciones contingentes que puedan ocasionar interrupciones en la operación.
- 8) Sensibilizar y capacitar a las/os funcionarias/os y quienes realicen labores en el HBLT, acerca de su responsabilidad en el mantenimiento de la seguridad de la información y el uso adecuado.
- 9) Elaborar lineamientos específicos para establecer las directrices que guíen cómo se debe proteger, gestionar y utilizar los activos de información, hardware, software, sistemas informáticos, datos, servicios, entre otros¹⁷.

8) **Gestión de Tecnologías de la Información**

• **Definición:**

En un entorno hospitalario de alta complejidad, las Tecnologías de la Información son un componente esencial para garantizar una atención integral, segura, oportuna y de calidad a nuestros pacientes. La creciente dependencia de sistemas informáticos, la gestión de grandes volúmenes de datos clínicos y administrativos, así como la necesidad de interoperabilidad, innovación y continuidad de los servicios, hacen indispensable contar con una política clara que guíe la gestión de las tecnologías en todos los niveles del hospital.

• **Objetivo General:**

Definir y orientar los lineamientos estratégicos y operativos para la gestión integral de las Tecnologías de la Información en el Hospital Barros Luco Trudeau, garantizando su uso eficiente, seguro y continuo, con el propósito de optimizar la atención a pacientes, apoyar a los funcionarios y contribuir al bienestar de la comunidad, protegiendo la información como un activo institucional fundamental.

• **Objetivos Específicos:**

- 1) Implementar soluciones tecnológicas que optimicen la disponibilidad y oportunidad de la información clínica, aportando a la eficiencia del proceso de atención asistencial.
- 2) Mejorar la interoperabilidad y la innovación tecnológica, impulsando soluciones digitales que mejoren la experiencia de los usuarios y el trabajo de los equipos.
- 3) Garantizar la continuidad de los servicios de TI críticos mediante la identificación de impactos, prioridades y estrategias claras de recuperación y restablecimiento.
- 4) Integrar la seguridad de la información en la cultura hospitalaria a través de un plan de gestión de seguridad que proteja la información sensible.
- 5) Promover la eficiencia operativa y la optimización de recursos tecnológicos, asegurando la sustentabilidad y trazabilidad del uso de las tecnologías, y mejorar la administración de proyectos tecnológicos y servicios de terceros.

¹⁷ Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Gestión de Tecnologías de Información. Política General de Seguridad de la Información y Ciberseguridad. (Resolución Exenta N°4063 de 2024).

- 6) Garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información hospitalaria, aplicando normas y estándares de seguridad informática y protección de datos personales.
- 7) Fomentar la innovación tecnológica y la mejora continua, mediante la evaluación y adopción de nuevas herramientas y procesos que contribuyan a la transformación digital del hospital.
- 8) Dar cumplimiento a las orientaciones y exigencias establecidas por la Ley 21.180 de Transformación Digital del Estado, promoviendo la digitalización de procedimientos, la interoperabilidad, la firma electrónica avanzada y la notificación electrónica como parte del desarrollo institucional.

- **Estrategias:**

- 1) Gobernanza de TI y toma de decisiones colaborativa.
- 2) Gestionar de manera eficiente los recursos tecnológicos.
- 3) Gestión de la continuidad de servicios tecnológicos.
- 4) Cumplimiento normativo y buenas prácticas.
- 5) Gestión de proveedores y contratos.
- 6) Establecer mecanismos de gobernanza con un organigrama definido y personal calificado.

9) Gestión Docente Asistencial Pregrado, Postgrado, Formación y Extensión

- **Definición:**

La política del Departamento de relación Asistencial Docente Pregrado, Postgrado, Formación y Extensión del Hospital Barros Luco Trudeau , tiene como principal función desarrollar la Relación Asistencial Docente entre el HBLT y las Instituciones Formadoras de educación, estableciendo un vínculo estratégico, de acuerdo a la Norma Técnica vigente, cumpliendo con los Convenios Asistenciales Docentes y respetando a su vez la ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, cautelando que la actividad docente se efectúe con el más alto estándar de seguridad para todos nuestros usuarios.

- **Objetivo General:**

Mantener la Relación Asistencial Docente (RAD) como principio de salud, con el fin de crear profesionales con vocación de servicio, dirigidos al desarrollo del manejo experto en salud, enfocado al compromiso social y a la necesidad de responder a la diversidad que hoy en día requiere la interrelación con la comunidad.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Promover y ser corresponsables de la formación de profesionales y técnicos competentes en salud.
- 2) Integrar la participación de estudiantes como apoyo de atención en salud, con el fin de generar un aumento en la satisfacción usuaria.
- 3) Velar por el óptimo cumplimiento de los Convenios Asistenciales Docentes de pre y postgrado.
- 4) Velar que las contribuciones, retribuciones o aportes de las instituciones en convenio, beneficien y fortalezcan el plan de desarrollo institucional y la calidad de la atención.
- 5) Fortalecer la fidelización de estudiantes que realizaron su proceso de formación en el HBLT.
- 6) Supervisar la óptima ejecución de las rotaciones dentro del proceso de formación de los estudiantes de pre y postgrado.
- 7) Supervisar la ejecución de los programas de postgrado y pasantías a desarrollarse en el HBLT, promoviendo altos estándares de exigencia de cumplimiento de los mismos participando con las Universidades en dichos programas, a la hora de intervenir en usuarios del establecimiento
- 8) Contribuir a fortalecer la red de salud manteniendo personal clínico contantemente capacitado y actualizado.
- 9) Propender a la formación de Médicos Especialistas en forma progresiva, que dé respuesta a la necesidad epidemiológica de nuestra población objetivo de usuarios.
- 10) Promover, crear, ejecutar y gestionar financiamiento de proyectos que permitan una vinculación con el medio y la comunidad hospitalaria.

- **Estrategias:**
- 1) Crear una unidad de Postgrado del HBLT a fin de llevar la gestión de supervisión, control y funcionamiento de la innumerable cantidad de becados, becarios y pasantes en el HBLT.
 - 2) Garantizar un estándar mínimo de conocimientos y habilidades a adquirir a fin de otorgar un sello propio de calidad al proceso de atención de salud de nuestros usuarios.

10) Gestión Financiera Contable y Presupuestaria

- **Definición:**

La política de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, tiene como propósito principal alcanzar una gestión financiera sostenible y estratégica, mediante una asignación eficiente de recursos, la priorización de inversiones estratégicas y el acceso a fondos complementarios.

- **Objetivo General:**

La política de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, tiene como propósito principal alcanzar una gestión financiera sostenible y estratégica, mediante una asignación eficiente de recursos, la priorización de inversiones estratégicas y el acceso a fondos complementarios.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Priorización de inversiones estratégicas.
- 2) Postulación a fondos públicos y privados.
- 3) Establecer controles y trazabilidad para el uso de los insumos y recursos hospitalarios, que permita su uso efectivo y evitar pérdidas.
- 4) Cumplir con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.
- 5) Velar por el cumplimiento del marco presupuestario.
- 6) Recuperar de forma oportuna los ingresos de operación, otros ingresos corrientes y la recuperación de préstamos de la institución.
- 7) Fortalecer y optimizar la generación de ingresos propios.
- 8) Mejorar la eficiencia y eficacia de las compras de bienes y servicios.
- 9) Garantizar el cumplimiento del principio de legalidad y probidad de los actos de la administración del Estado.
- 10) Fomentar el uso de medios digitales para optimizar el acceso a datos financieros y mejorar la eficiencia operacional.

- **Estrategias:**

- 1) Aplicar metodologías de logística y abastecimiento a todo el circuito de compras del establecimiento, fomentando el uso de las tecnologías de información para facilitar la provisión y distribución de insumos y herramientas para la producción.
- 2) Realizar con frecuencia inventarios de existencias en las bodegas del establecimiento.
- 3) Asegurar la elaboración y ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura y elementos vitales para el normal y seguro funcionamiento de la producción hospitalaria.
- 4) Realizar adecuada gestión de los activos fijos.
- 5) Monitorear de manera permanente que los recursos presupuestarios sean percibidos y ejecutados oportunamente según el presupuesto anual.
- 6) Formular los presupuestos de los distintos centros de costos del establecimiento.
- 7) Establecer mecanismos de control para la correcta ejecución del marco presupuestario vigente y sus respectivas glosas y retroalimentación a los Centros de Responsabilidad y otros.
- 8) Cumplir con los plazos establecidos para el pago de las obligaciones devengadas.
- 9) Recuperar los ingresos asociados a copagos de prestaciones realizadas a pacientes institucionales y a pacientes en convenios, ingresos por multas a proveedores, ingresos por convenios asistenciales, ingresos de subsidios por incapacidad laboral y/o enfermedades y cualquier otro ingreso.

- 10) Fortalecer y optimizar las prestaciones clínicas en modalidad libre elección.
- 11) Cautelar la correcta aplicación de la normativa vigente en relación al registro de prestaciones, clasificación previsional y aplicación de garantías.
- 12) Potenciar permanentemente una eficiente programación y ejecución de las compras, ajustándola a criterios técnicos y financieros.

11) Gestión y Desarrollo de las Personas

- **Definición:**

La Gestión de las Personas en el HBLT constituye el pilar que orienta las acciones para el bienestar, desarrollo profesional y calidad de vida de los funcionarios, asegurando su contribución al cumplimiento de la misión institucional. Integra procesos del ciclo de vida laboral de nuestros funcionarios, en un marco de equidad, respeto, eficiencia y modernización de la gestión pública, promoviendo además un liderazgo efectivo, trabajo en equipo y un clima laboral positivo, amable y de buen trato, evitando cualquier tipo de discriminación, violencia o mal trato.

- **Objetivo General:**

Contribuir al cumplimiento de la misión institucional mediante la provisión, desarrollo y gestión del personal idóneo, motivado y comprometido, que permita fortalecer la estructura organizacional y mejorar la calidad de los servicios de salud entregados, en un ambiente laboral inclusivo, seguro y respetuoso.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Establecer a través de la Gestión por Competencias, procesos de diferenciación de perfiles de cargo, reclutamiento, selección y contratación que aseguren la provisión del personal necesario para el quehacer institucional.
- 2) Potenciar las capacidades del personal, mediante procesos sistemáticos de capacitación, perfeccionamiento y desarrollo.
- 3) Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios a través de acciones integrales de bienestar social.
- 4) Implementar un sistema de gestión del desempeño, alineado con la misión, metas y objetivos institucionales.
- 5) Promover buenas prácticas laborales, higiene, seguridad y ambientes de trabajo saludables.
- 6) Generar instancias de participación, diálogo y fortalecimiento del liderazgo de jefaturas para consolidar climas laborales armónicos, inclusivos, amables y motivadores.
- 7) Fomentar el liderazgo positivo de las jefaturas, el trabajo en equipo efectivo y relaciones laborales basadas en el respeto mutuo, evitando toda forma de discriminación, violencia, acoso o mal trato.

- **Estrategias:**

- 1) Diseñar y mantener perfiles de cargo actualizados con enfoque en competencias, para guiar procesos de selección, evaluación y desarrollo.
- 2) Implementar sistemas de gestión del desempeño que incluyan planificación, seguimiento y evaluación continua, vinculados a la capacitación y perfeccionamiento.
- 3) Elaborar e implementar anualmente el Plan de Capacitación Institucional, considerando necesidades detectadas, brechas de desempeño y desarrollo profesional, incorporando temáticas de liderazgo, comunicación efectiva, trabajo en equipo y gestión de climas laborales saludables.
- 4) Fortalecer el Servicio de Bienestar mediante la entrega de beneficios, apoyos y actividades que contribuyan a la satisfacción y calidad de vida funcionalia.
- 5) Desarrollar procesos de reclutamiento y selección transparentes, inclusivos y basados en mérito, asegurando el ingreso de personal idóneo.
- 6) Gestionar desvinculaciones en cumplimiento de la normativa, implementando acompañamiento en procesos de jubilación o retiro.

- 7) Fomentar ambientes de trabajo saludables a través de acciones preventivas en higiene, seguridad y salud ocupacional, promoviendo el liderazgo positivo, el trabajo en equipo, el respeto, la colaboración y evitando toda forma de discriminación, violencia o mal trato.

12) Participación Ciudadana

- **Definición:**

La política de Participación Ciudadana del HBLT se encuentra basada en la Ley N° 20.500 y en la Norma General de Participación Ciudadana. La Ley N°20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana tiene como misión “Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.

- **Objetivo General:**

Fortalecer la participación ciudadana en el HBLT, promoviendo el diálogo abierto, la transparencia y la corresponsabilidad en la gestión hospitalaria, mediante mecanismos formales y efectivos que permitan a la comunidad hospitalaria incidir activamente en la planificación, evaluación y mejora continua de los servicios de salud, de acuerdo a la normativa vigente.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Garantizar el cumplimiento de la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.
- 2) Difundir de manera continua y efectiva los mecanismos de Participación Ciudadana del HBLT.
- 3) Incentivar la participación de las organizaciones en las diversas actividades desarrolladas dentro del HBLT.
- 4) Fortalecer la vinculación entre el hospital y la comunidad, construyendo una relación cercana, colaborativa y de confianza mutua.
- 5) Mejorar la calidad de la atención y los servicios, utilizando la participación ciudadana como una herramienta clave para identificar áreas de mejora y desarrollar soluciones ajustadas a las necesidades de la comunidad.
- 6) Promover la transparencia y la rendición de cuentas, contribuyendo a una gestión hospitalaria más abierta, responsable y comprometida.
- 7) Empoderar a la comunidad, motivándola a involucrarse activamente y participar en los procesos de toma de decisiones.

- **Estrategias:**

- 1) Promover activamente los mecanismos de participación ciudadana vigentes en el HBLT tales como: cuentas públicas participativas, pre cuenta pública, consejo consultivo, OIRS, plataforma digital interactiva, voluntariados, grupos terapéuticos, audiencias con el director, resultados de encuestas de satisfacción usuaria.
- 2) Garantizar el acceso oportuno y claro a la información relevante sobre la atención y funcionamiento del hospital, especialmente para las organizaciones de usuarios.
- 3) Fomentar el conocimiento, la participación activa y el compromiso de las agrupaciones de usuarios en las distintas actividades desarrolladas por la institución.
- 4) Impulsar una atención centrada en la participación del usuario, promoviendo una comprensión clara de sus derechos y responsabilidades en el proceso de atención.
- 5) Mantener canales de comunicación abiertos, expeditos y efectivos entre las agrupaciones de usuarios y la dirección del establecimiento.
- 6) Utilizar los resultados de controles y fiscalizaciones, tanto internas como externas, como insumos fundamentales para diseñar e implementar acciones de mejora de manera oportuna y eficiente.
- 7) Evaluar de manera periódica mecanismos de participación ciudadana del HBLT, para fortalecerlos, ajustarlos o desarrollar nuevos canales que permitan una mayor vinculación con la comunidad.

13) Buen Trato Laboral

- **Definición:**

La política de buen trato laboral en el HBLT tiene como propósito establecer lineamientos que aborden nuestra declaración sobre el compromiso, responsabilidades, principios y normas internas que favorezcan el trabajo en condiciones dignas y justas para la comunidad funcionaria, que defina la relación con el entorno, sus interacciones internas que favorezcan el trabajo en condiciones dignas y justas para la comunidad funcionaria, un sentimiento mutuo de reconocimiento y valoración, como formas de relación que generan satisfacción y bienestar entre quienes interactúan en ella

- **Objetivo General:**

Implementar y fortalecer de manera continua una cultura organizacional centrada en las personas, basada en un buen trato entre pares como práctica fundamental para el logro de los objetivos institucionales.

- **Objetivos Específicos:**

- 1) Promover la cultura de buen trato y relaciones laborales en la comunidad funcionaria, basados en el respeto y dignidad de las personas.
- 2) Reconocer la conducción y liderazgo de las jefaturas, equipos de trabajo y comunidad funcionaria, como un factor determinante para la efectiva construcción de una cultura de buen trato laboral.
- 3) Potenciar el trabajo en equipo en que se reconozcan y valoren el apoyo mutuo desde distintos roles, experiencias, saberes y diferencias personales, entre otras.
- 4) Velar por el cumplimiento de la ley y el resguardo de la equidad y no discriminación hacia todas las personas.
- 5) Velar por las condiciones laborales saludables, fomentando la promoción y cuidado de la salud de las personas, promoviendo el bienestar emocional y la seguridad física de los funcionarios y funcionarias que trabajan en el HBLT.
- 6) Fortalecer la creación y mantención de ambientes laborales saludables.
- 7) Gestionar permanentemente formas de promover la conciliación entre la vida laboral, familiar y personal, de acuerdo con las características del trabajo y la normativa legal vigente en concordancia con el cumplimiento de las tareas.
- 8) Incentivar la participación en tomas de decisiones de equipos de trabajo y organizaciones, involucrando a todas las personas en decisiones que impacten en sus condiciones de trabajo, con espacios para expresar opiniones y sugerencias.
- 9) Promover la mejora y formación continua de la comunidad funcionaria, a través de compartir oportunidades de capacitación y desarrollo personal.
- 10) Garantizar el cumplimiento de Derechos Humanos y labores desde la normativa vigente a nivel individual y colectivo¹⁸.

- **Estrategias:**

- 1) Mantener instancias de trabajo como el comité de buenas prácticas laborales, comité de ausentismo laboral, comité de salud ocupacional, comité asesor en denuncias de violencia laboral, acoso laboral y/o sexual.
- 2) Adoptar como institución acciones y prácticas que favorezcan la conciliación de la vida familiar y personal con el trabajo, promoviendo un conjunto de acciones que aborden eficazmente las tensiones al interior de cada servicio¹⁹.

9.4 Anexo IV: Versión extendida del organigrama del HBLT

¹⁸ Hospital Barros Luco Trudeau. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas. Política de Buen Trato Laboral Hospital Barros Luco Trudeau (Resolución Exenta N°2398 de 2024).

¹⁹ Hospital Barros Luco Trudeau. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas. Política de Buen Trato Laboral Hospital Barros Luco Trudeau (Resolución Exenta N°2398 de 2024).



3.- DÉJESE ESTABLECIDO, que cualquier modificación al documento, deberá efectuarse mediante la respectiva resolución.

4.- PUBLÍQUESE, la presente resolución de acuerdo a lo previsto en el artículo 7º de la Ley 20.285 sobre acceso a la información pública, y el artículo 51 de su reglamento.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



WALTER KEUPUCHUR MEZA.
DIRECTOR
HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU



JENNY CANCINO QUIROZ
MINISTRA DE FE - HBLT

Distribución:

- Dirección HBLT.
- Subdirecciones HBLT.
- Coordinación de Matronería.
- Departamento de Planificación y Control de Gestión.
- Unidad de Asesoría Jurídica.
- Unidad de Auditoría.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Unidad de Comunicaciones.
- Oficina de Partes.
- Archivo.