MAT: Apruébese *"Planificación Estratégica 2024 – 2027"*

Resolución Exenta N° 0031883 1-12-24

Santiago;

VISTOS: Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763 de 1979 y de las leyes N°18.469 y N°18.933;

2. El Decreto con Fuerza de Ley N°1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

3. En los Decretos Supremos N° 140 y N° 38, de 2004 y 2005, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud; sobre Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, respectivamente.

4. La Resolución N°7, de 2019 y N°16, de 2020 la Contraloría General de la República.

5. La Resolución Exenta RA 116675/419/2023, de 21 de agosto 2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director de Hospital de Urgencia Asistencia Pública; y

CONSIDERANDO

1. Que, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública en su condición de establecimiento autogestionado en red, debe satisfacer las necesidades de sus usuarios en concordancia con las políticas de la red emanadas del Servicio de Salud.

2. Que, en ese sentido, el establecimiento debe adaptarse a los constantes cambios y desafíos que enfrenta la sociedad, por lo que se hace necesario implementar una planificación estratégica que permita llevar a cabo estos desafíos.

3. Que esta planificación estratégica fue realizada por actores claves del establecimiento a través de un proceso participativo.

4. Que, se hace necesario aprobar esta Planificación Estratégica 2024 – 2027, a través del correspondiente acto administrativo que lo sancione.

5. Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38 de 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28° de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer el *"Planificación Estratégica 2024 - 2027"*, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I. APRUÉBASE, la *"Planificación Estratégica 2024 - 2027"*, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública que es del siguiente tenor:

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

2024-2027

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Posta Central

Más de un Siglo de Historia,
Construyendo el Futuro Juntos

Santiago, diciembre de 2024

Resumen ejecutivo

La Planificación Estratégica 2024-2027 del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) marca el inicio de un nuevo ciclo de desarrollo para nuestro hospital. Este documento tiene como propósito orientar los esfuerzos institucionales hacia el fortalecimiento de sus capacidades, la adaptación a un entorno desafiante y la consolidación de su rol como referente nacional en la atención de urgencias y emergencias médicas de alta complejidad. La planificación estratégica es una herramienta esencial que permite anticiparse a los cambios y demandas del medio, asegurando un rumbo claro para enfrentar los retos del sistema de salud.

Contexto y diagnóstico institucional

El HUAP, en sus más de 100 años de existencia, ha enfrentado continuamente panoramas complejos caracterizados por cambios sociales, políticos y económicos que exigen renovación y adaptación. El análisis de dicho entorno es una imperiosa necesidad para trazar la estrategia organizacional, y ha sido realizado participativamente con herramientas como FODA, PESTEL y cadena de valor, integrando a funcionarios, directivos y usuarios en un proceso colaborativo que identifica las principales fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del entorno.

Entre sus fortalezas destacan la capacidad resolutiva en urgencias, el personal calificado, su rol asistencial-docente y su ubicación estratégica. Sin embargo, también enfrenta debilidades como salud física y mental deteriorada del personal, infraestructura deficiente y la falta de sistemas de información integrados. Estas condiciones son influenciadas por oportunidades como alianzas estratégicas y avances tecnológicos, así como también por amenazas relacionadas con restricciones presupuestarias y una creciente demanda asistencial.

Declaración estratégica

Misión: Somos el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, un centro asistencial docente, líder en emergencias de alta complejidad a nivel nacional. Con un equipo interdisciplinario y comprometido, brindamos atención integral y de calidad en coordinación con la red de salud, respetando los derechos del usuario y adaptándonos

a los desafíos, para optimizar la salud y el bienestar de nuestros funcionarios, pacientes y su entorno.

Visión: Ser líderes a nivel nacional en la atención de urgencias, emergencias, cuidados agudos y cirugía de alta complejidad, con un enfoque humanizado, respaldada por la innovación, la investigación y el fortalecimiento de su infraestructura, generando un impacto positivo en el bienestar de nuestros usuarios y promoviendo el desarrollo continuo de nuestro equipo humano.

Valores:

- Excelencia
- Trabajo en equipo
- Probidad
- Humanización
- Empatía
- Respeto e inclusión

Ejes estratégicos

El plan se estructura en cinco ejes estratégicos que orientan las acciones hacia la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos institucionales:

1. Atención humanizada y satisfacción usuaria.
2. Excelencia clínica y mejora continua.
3. Desarrollo y bienestar del equipo humano.
4. Eficiencia y sustentabilidad de recursos.
5. Modernización de infraestructura e innovación.

Además, estos ejes se articulan con cuatro perspectivas clave: usuarios, procesos internos, aprendizaje y desarrollo, y recursos. Estas perspectivas convergen en un mapa estratégico que define 19 objetivos estratégicos fundamentales para la institución.

Implementación y seguimiento

La ejecución del plan se sustentará en un enfoque participativo y en el uso de herramientas como el Cuadro de Mando Integral, que permite traducir los 19 objetivos estratégicos en acciones concretas y medibles. Estas acciones estarán respaldadas por políticas específicas, funciones operativas claras y una evaluación periódica basada en indicadores clave de desempeño (KPIs). Este sistema de monitoreo garantizará la flexibilidad necesaria para ajustar estrategias y asegurar el cumplimiento de las metas.

Impacto esperado

Con esta planificación, el HUAP se proyecta como un hospital moderno, eficiente y humanizado, capaz de responder a las demandas de su comunidad y consolidar su liderazgo en la red de salud pública. Este compromiso, respaldado por un equipo humano comprometido, permitirá honrar su legado histórico y proyectarlo hacia el futuro.

El Plan Estratégico 2024-2027 no es solo un documento, sino una guía de transformación que reafirma la esencia del HUAP: atender con dignidad y excelencia a quienes más lo necesitan.

Índice

Resumen ejecutivo
Índice
Introducción
Metodología de formulación del plan estratégico
Capítulo 1: Contexto hospitalario
1.1 Antecedentes de la organización
1.2 Red del Servicio de Salud Metropolitano Central
1.3 Estructura organizacional
1.4 Producción clínica asistencial
1.5 Perfil sociodemográfico de la población atendida
Capítulo 2: Diagnóstico organizacional
2.1 Fortalezas
2.2 Debilidades
2.3 Oportunidades
2.4 Amenazas
Capítulo 3: Declaración estratégica
3.1 Misión
3.2 Visión
3.3 Valores
Capítulo 4: Foco Estratégico
4.1 Ejes estratégicos
4.2 Objetivos estratégicos
4.3 Mapa estratégico
Capítulo 5: Políticas institucionales
5.1 Políticas Subdirección de Gestión Clínica
5.2 Políticas Subdirección de Gestión del Cuidado
5.3 Políticas Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
5.4 Políticas Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
5.5 Políticas Calidad y Seguridad del Paciente
5.6 Políticas Satisfacción Usuaria
5.7 Políticas Participación Ciudadana
5.8 Políticas Planificación y Control de Gestión
5.9 Políticas Auditoría
5.10 Políticas Gestión financiera, contable y presupuestaria
Capítulo 6: Seguimiento y evaluación del plan
6.1 Indicadores clave de desempeño

Introducción

El HUAP se enorgullece de su historia, que refleja no solo logros en la atención clínica, sino también un profundo sentido de humanidad y compromiso con el servicio público. Nuestro propósito ha sido siempre asegurar que, sin importar las circunstancias, cada persona que cruza nuestras puertas reciba una atención digna, empática y especializada, que honre la razón de ser de nuestro hospital de asistir a quienes más lo necesitan, en sus momentos más críticos. Este compromiso, que ha sido el motor de nuestro quehacer, nos impulsa a buscar constantemente la excelencia y la mejora continua, adaptándonos a las demandas cambiantes del entorno y a los desafíos emergentes de cada época.

Sin embargo, los tiempos cambian, y con ello también lo hacen las necesidades de nuestros usuarios y las exigencias del sistema de salud. El estallido social y la pandemia del COVID-19 han dejado en evidencia la resiliencia y la capacidad de adaptación de nuestra institución, pero también nos han mostrado que, para mantenernos a la altura de las circunstancias, es esencial renovar nuestras estrategias y objetivos.

En los últimos años, el hospital ha enfrentado una serie de desafíos que han impactado en su funcionamiento y ejecución de proyectos. Hoy, el HUAP emprende un camino de renovación estratégica para fortalecer sus cimientos y responder a las necesidades de los próximos años con una visión renovada.

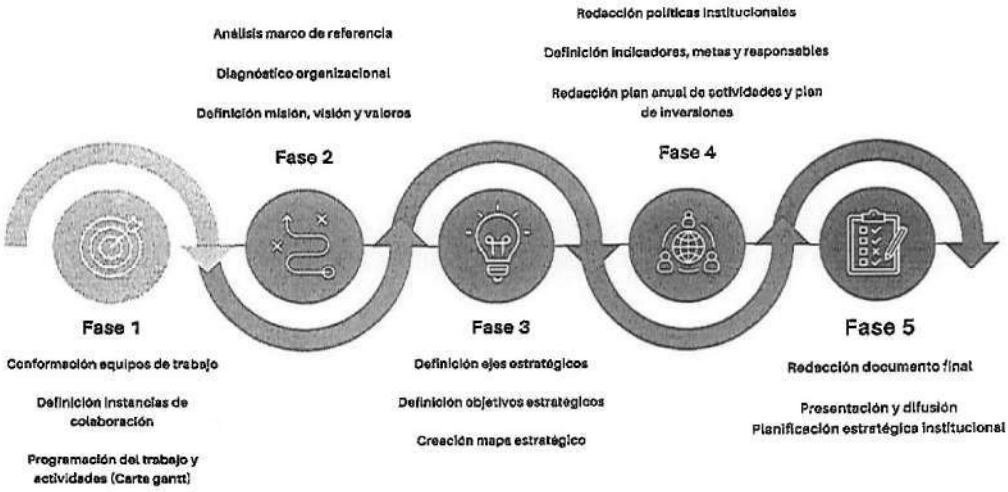
El presente Plan Estratégico 2024-2027 no es solo un conjunto de objetivos y metas; es un compromiso compartido que nos invita a construir un hospital más fuerte, moderno y preparado para enfrentar el futuro. Se trata de un proceso que ha sido cuidadosamente elaborado, no solo desde un análisis técnico, sino también a través de un profundo sentido de pertenencia y colaboración. La creación de este plan ha sido posible gracias al esfuerzo conjunto de un equipo comprometido, que ha trabajado intensamente para integrar perspectivas transversales y diversas, tanto de nuestros funcionarios como de la comunidad que atendemos. Con el aporte invaluable de profesionales, técnicos, administrativos y representantes de la comunidad organizada, hemos dado forma a una estrategia que refleja nuestras aspiraciones y deseos de construir un HUAP que responda, con calidad y empatía, a las expectativas de todos.

Este documento marca el inicio de un nuevo ciclo, una etapa en la que cada miembro de esta institución, desde el personal de salud hasta quienes colaboran en las áreas administrativas, está llamado a ser protagonista de la transformación. Con este plan, queremos honrar la historia de nuestro hospital y proyectar su legado hacia el futuro, manteniendo siempre viva la esencia de quienes han pasado por aquí: el compromiso con cada vida que toca nuestras puertas.

Metodología de formulación del plan estratégico

El proceso de planificación estratégica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública para el periodo 2024-2027 fue desarrollado mediante una metodología participativa y estructurada, diseñada para integrar a los distintos actores de la organización y la comunidad usuaria, con el objetivo de establecer una guía clara y compartida que dirija los esfuerzos institucionales hacia metas comunes.

Figura 1: Fases de la Formulación del Plan Estratégico.



Para llevarlo a cabo, se constituyó la **Mesa técnica de trabajo interdisciplinaria**, compuesta por cinco profesionales, que lideró cada etapa del proceso. Este equipo trabajó directamente con la Dirección del hospital para la coordinación operativa, mediante reuniones semanales. De esta manera se definió el cronograma y las herramientas de trabajo, asegurando que el diagnóstico institucional incluyera una visión integral de las áreas clínicas y administrativas mediante el análisis de factores internos y externos que impactan al hospital.

Además, con fecha 2 de septiembre, mediante Resolución Exenta N° 1932, se creó el **Comité de Planificación Estratégica**, instancia formal conformada por Dirección, Subdirecciones, Jefaturas dependientes de Dirección y representantes de asociaciones de funcionarios, con el objetivo de ser una instancia que revise y apruebe los avances del trabajo realizado.

A través de **focus group** y mesas de trabajo realizadas con funcionarios/as y representantes de la comunidad usuaria, se recopilaron opiniones que reflejan tanto la realidad interna del hospital como las expectativas de la comunidad, fomentando un sentido de pertenencia y fortaleciendo el enfoque centrado en el usuario.

Además, se llevaron a cabo **72 entrevistas a actores clave**, incluyendo directivos, exdirectores, exsubdirectores, decanos de universidades en convenio, jefaturas, supervisores y proveedores.

Paralelamente, se implementaron encuestas digitales mediante la plataforma **REDCap**, garantizando una representación diversa y amplia de perspectivas para enriquecer el análisis. Para el manejo y análisis de la extensa información recopilada, se realizó un **análisis cualitativo** de las entrevistas y se utilizaron herramientas digitales para la transcripción de audio y edición de texto.

Como parte del proceso, se **diseñó un curso de capacitación en planificación estratégica** para los funcionarios/as, con el fin de proporcionarles una comprensión de los conceptos clave y metodologías del proceso estratégico, de modo que pudiesen participar de manera informada y activa en la formulación e implementación del plan estratégico de la institución. En este curso participaron 85 funcionarios/as de todos los estamentos, e incluyó material de estudio, clases interactivas, prueba diagnóstica, prueba final y certificación.

Esta metodología permitió realizar un trabajo sistematizado, ajustado a los tiempos e instancias planificadas, asegurando que las decisiones y estrategias reflejaran una visión integral y consensuada de los desafíos y oportunidades del hospital.

Este plan culminó en la redacción de un documento final, elaborado por la Mesa Técnica de Trabajo de Planificación Estratégica.

Capítulo 1: Contexto hospitalario

1.1 Antecedentes de la organización

"Como un hecho trascendental para la consolidación de la asistencia hospitalaria moderna" califica el doctor Ricardo Cruz Coke a la inauguración, el 7 de agosto de 1911, de la Asistencia Pública, primer servicio de urgencia permanente del país. A su fundador, el doctor Alejandro del Río Soto-Aguilar, lo señala como "la figura médica de mayor nivel profesional y académico en el ámbito de la higiene y la salubridad pública".

Desde un punto de vista sociológico, si hubiese que elegir un espacio desde el cual se construye el **imaginario social de la salud pública en Chile**, ese sería el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, más conocido como la "Posta Central". Un imaginario que, desde la fundación de la institución, es construido desde los micrófonos, grabadoras y cámaras de televisión, y retroalimentado con la experiencia directa de sus miles de beneficiarios, trabajadores y visitantes.

Antes de la existencia de la Posta Central, relata el Dr. Reinaldo Martínez, autor del libro "El dolor ajeno", los lesionados eran llevados por la policía a sus cuarteles. Como no poseían carros ambulancias, obligaban a cualquier coche que fuera transitando a subir al herido; sin embargo, muchas veces los pasajeros se negaban, dado que la policía municipal carecía de fueros para imponerlo.

Con el correr de los años, a comienzos del siglo XX, se contrataron estudiantes de medicina que en los cuarteles policiales entregaban la primera atención a los accidentados. De ahí el nombre de **"asistencia pública"** que se le daba a este servicio, que era básicamente de la policía municipal y, en efecto, asistía a los heridos en la vía pública.

En 1911, al fundarse un centro de atención de heridos, se conservó dicho nombre, probablemente por costumbre, pero con ello se rindió un merecido homenaje al esfuerzo de quienes trabajaron en ese servicio y que bregaron incansablemente por su mejoramiento.

Para esto se habilitó una vieja casona en la calle San Francisco N° 85. Posteriormente, el 15 de diciembre de 1967, el hospital se trasladó hasta su actual emplazamiento en calle Portugal con Curicó.

ACION

La Posta Central
Ocupó Ayer su
Nuevo Edificio

En 1993, la Posta Central institucionalizó un nuevo nombre: Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP). Sin embargo, actualmente persiste su denominación generalizada como la "Posta Central".

En febrero del año 2019 se inauguró la Torre Valech, la cual ha sido la mayor inversión en los últimos 50 años para el hospital, con más de 20.000 mts2 de nueva infraestructura y equipamiento de punta.

1.2 Red del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública integra la red de del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) y posee la condición de Establecimiento Autogestionado en Red.

Es un establecimiento de atención cerrada, con una casuística de alta complejidad, especialista en la atención de pacientes de urgencias y emergencias médicas de adultos de la Región Metropolitana y Centro de Referencia Nacional del sistema público de salud para el paciente Gran Quemado y Politraumatizados.

A su vez, la red del SSMC pertenece a la Macrozona Metropolitana y tiene por asignación jurisdiccional a las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú. La población a cargo es de 1.4 millones de personas, aproximadamente.

La red está compuesta por la Dirección de Atención Primaria (DAP) y sus 10 Centros de salud familiar (CESFAM), el Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU), el Centro de Referencia de Salud (CRS) Maipú, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) y el Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada (HEC).

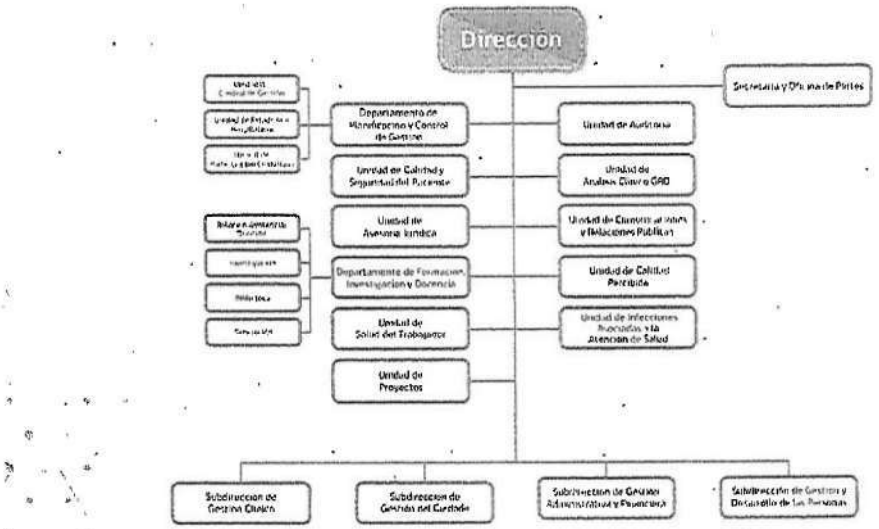
1.3 Estructura organizacional

La institución cuenta con una estructura jerárquica encabezada por la Dirección general del hospital, de la cual dependen cuatro subdirecciones: Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera y Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.

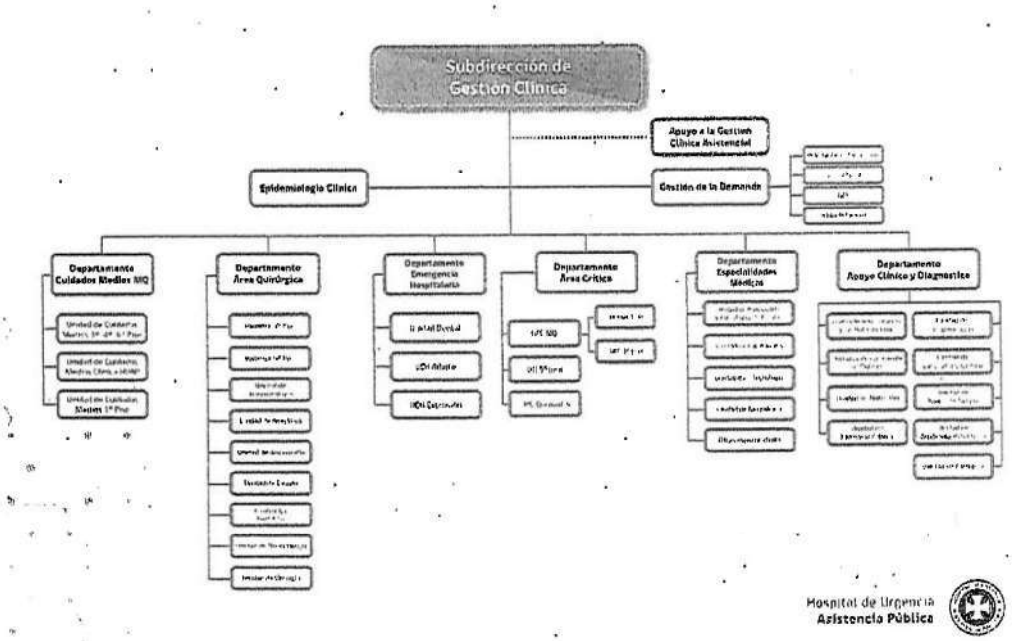
La Dirección coordina y supervisa varios departamentos y unidades especializadas que cumplen roles esenciales en la operación diaria del hospital, apoyados además por comités transversales que brindan asesoría y fortalecen la gestión integral del establecimiento.

A su vez, cada subdirección coordina diversos departamentos especializados, que trabajan de manera integrada para garantizar el funcionamiento eficiente del hospital y la calidad en la atención de los pacientes.

1.3.1 Organigrama Dirección

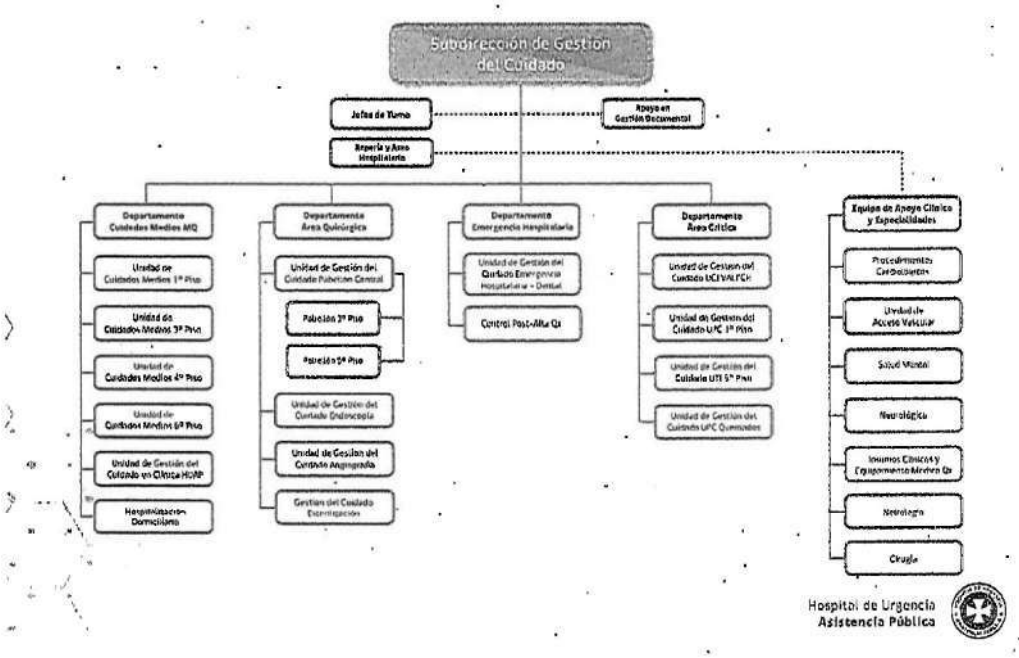


1.3.2 Organigrama Subdirección de Gestión Clínica



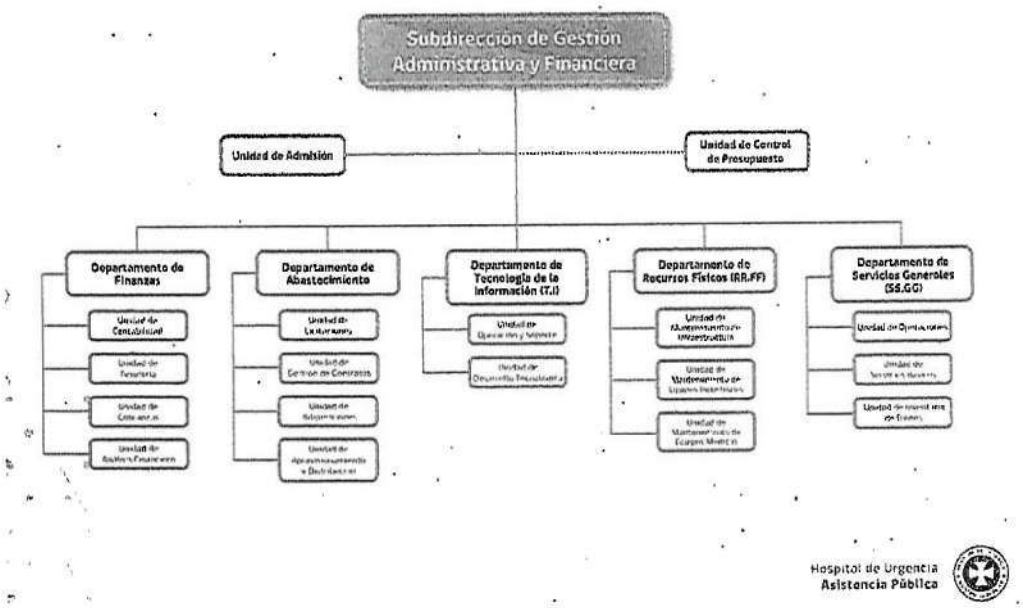
La Subdirección de Gestión Clínica es la encargada de coordinar y supervisar los servicios clínicos, asegurando un alto nivel técnico y atención de alta complejidad.

1.3.3 Organigrama Subdirección de Gestión del Cuidado



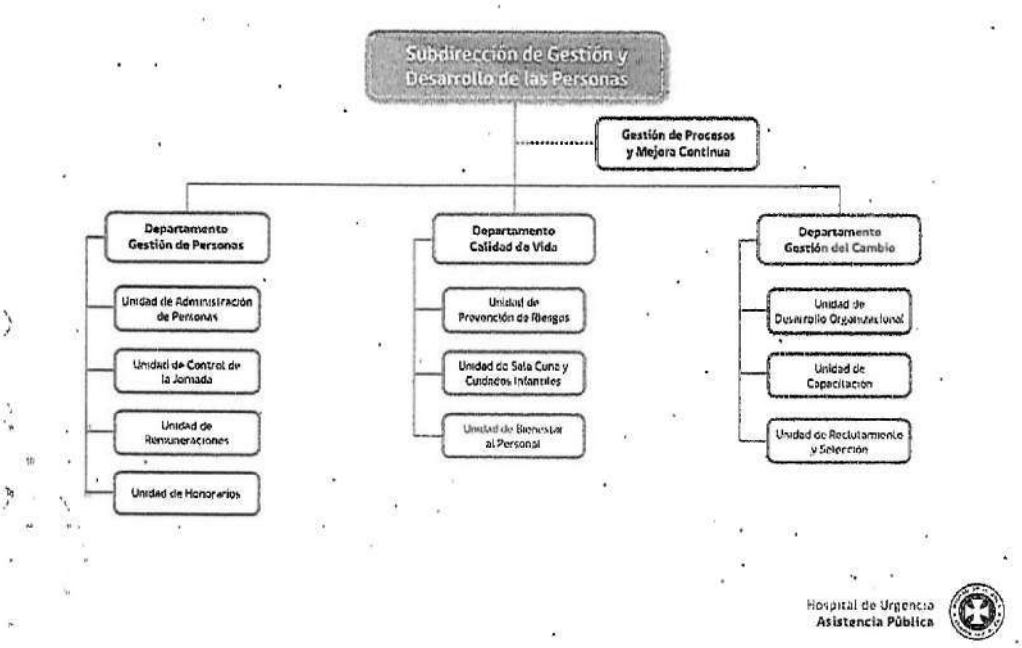
La Subdirección de Gestión del Cuidado es la responsable de la gestión del personal de enfermería y del cuidado continuo que requieren los pacientes, asegurando altos estándares de calidad y seguridad en la atención.

1.3.4 Organigrama Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera



La Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera se encuentra a cargo de los recursos financieros, logísticos y operativos del hospital, con un enfoque en la eficiencia y sustentabilidad.

1.3.5 Organigrama Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas



La Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas es la responsable del bienestar, capacitación y desarrollo profesional del personal de la organización.

1.4 Producción clínica asistencial hospitalaria

La planificación estratégica en un hospital requiere una comprensión integral de su entorno interno y externo, donde la producción clínica asistencial desempeña un rol crucial. Su análisis permite evaluar la eficiencia, identificar brechas y proyectar estrategias que respondan a las necesidades de salud. Evaluar tendencias históricas y proyectar el futuro es esencial para anticipar demandas, optimizar recursos y diseñar intervenciones, asegurando una atención de calidad, sostenible y alineada con los desafíos actuales y futuros del sistema.

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N° Consultas médicas de urgencia	**65.891**	**69.745**	**65.779**	**68.186**	**59.685**	**69.641**	**83.415**	**84.890**
N° Consultas odontológicas de urgencia	37.384	38.078	48.208	42.559	27.411	30.713	37.335	42.299
N° de egresos hospitalarios	7.713	8.250	7.989	8.371	8.789	10.490	10.682	**11.155**
N°Intervenciones Quirúrgicas	13.188	8.232	8.780	8.686	8.928	9.739	13.237	17012
N° Total producción imagenología	**73.397**	**69.027**	**88.167**	**95.358**	**88.154**	**104.404**	121.966	108671
N° Total producción Laboratorio	**786.602**	**839.233**	**729.800**	**985.475**	1.199.492	1.597.248	1.619.385	1.414.218
N° Total producción Farmacia	592.530	626.755	563.713	612.673	202.543	**823.894**		
N° Total producción Anatomía patológica	4.492	6.130	5.429	3.630	3.186	2.684	**3.669**	4341
N° Total producción Banco de Sangre	177.764	200.935	225.537	577.763	316.171	383.337	368.351	295258
N° Total producción Medicina física y RH	17.458	16.760	22.275	38.104	48.499	160.744	178.023	190.919
N° Total producción GES	**11.872**	12.417	15.732	15.871	11.662	12.290	12.309	15.792
N° Total producción UST	**5.201**	**7.970**	**9.635**	**11.557**	7.921	12.426	14.323	17.062
N° Total producción HOSDOM			**507**	**625**	**964**	2.057	2.145	2.240

Análisis realizado por la Unidad de Estadística Hospitalaria del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos REM Serie A y B.

1.5 Perfil sociodemográfico de la población atendida

El análisis del perfil sociodemográfico de la población atendida constituye un elemento esencial para comprender las características y necesidades específicas de los usuarios del hospital. Factores como la edad, el género, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia inciden directamente en la demanda de servicios y en los patrones de atención. Este conocimiento permite adecuar los recursos y las estrategias institucionales para responder de manera más eficiente y efectiva a las necesidades, aportando una base para la toma de decisiones informadas en el marco del plan estratégico institucional.

1.5.1 Demanda de atención por rango etario

EDAD	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
0-14 años	150	108	125	76	55	71	77	61	723
	0.14	0.10	0.11	0.07	0.06	0.07	0.07	0.05	0.08
15-29 años	32407	34688	35537	34165	24428	28032	33378	33832	256467
	31.18	30.79	31.56	30.87	28.06	28.19	28.25	26.86	29.46
30-44 años	26919	29903	30528	30509	26347	30041	35251	38105	247603
	25.90	26.54	27.11	27.57	30.26	30.21	29.83	30.25	28.44
45-59 años	23336	24864	23759	23370	18854	21206	24486	26378	186253
	22.45	22.07	21.10	21.12	21.65	21.33	20.72	20.94	21.39
60-74 años	13593	14825	14743	14379	11444	13395	16230	18319	116928
	13.08	13.16	13.09	12.99	13.14	13.47	13.74	14.54	13.43
75-89 años	6747	7339	7072	7149	5215	5876	7536	8113	55047
	6.49	6.51	6.28	6.46	5.99	5.91	6.38	6.44	6.32
90 y + años	784	949	853	1029	726	820	1201	1171	7533
	0.75	0.84	0.76	0.93	0.83	0.82	1.02	0.93	0.87
Total	103936	112676	112617	110677	87069	99441	118159	125979	870554
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Análisis realizado por la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos SINA.

1.5.2 Demanda de atención por nacionalidad

NACIONALIDAD	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Chile	89711	91719	88050	82868	62758	70319	84094	88992	658511
	87.27	81.92	78.50	75.29	72.39	70.82	71.24	70.86	75.99
Venezuela	833	3491	6811	10038	9508	12912	15430	16871	75894
	0.81	3.12	6.07	9.12	10.97	13.00	13.07	13.43	8.76
Perú	5594	7030	6816	6563	5947	6644	7447	8578	54619
	5.44	6.28	6.08	5.96	6.86	6.69	6.31	6.83	6.30
Colombia	2194	3317	3293	3150	2631	3441	4613	5089	27728
	2.13	2.96	2.94	2.86	3.03	3.47	3.91	4.05	3.20
Haití	1101	2313	2863	2471	1671	1502	1531	1362	14814
	1.07	2.07	2.55	2.25	1.93	1.51	1.30	1.08	1.71
Otro país	3360	4091	4332	4976	4184	4475	4924	4701	35043
	3.27	3.65	3.86	4.52	4.83	4.51	4.17	3.74	4.04
Total	102793	111961	112165	110066	86699	99293	118039	125593	866609
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Análisis realizado por la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos SINA.

1.5.3 Demanda de atención por comuna del Servicio de Salud Metropolitano Central y otros servicios de salud.

COMUNA	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Santiago	33096	39017	39160	41054	35502	42605	50551	52607	333592
	31.84	34.63	34.77	37.09	40.77	42.84	42.78	41.76	38.32
Estación Central	14022	15413	15289	15690	13409	15120	18372	19985	127300
	13.49	13.68	13.57	14.18	15.40	15.20	15.55	15.86	14.62
Maipú	7351	7114	6542	5736	3860	4244	4844	5305	44996
	7.07	6.31	5.81	5.18	4.43	4.27	4.10	4.21	5.17
Cerrillos	2936	2695	2474	2188	1545	1666	1923	2218	17645
	2.82	2.39	2.20	1.98	1.77	1.68	1.63	1.76	2.03
SSMN	13614	14461	15662	14422	9885	10692	12692	13885	105313
	13.10	12.83	13.91	13.03	11.35	10.75	10.74	11.02	12.10
SSMOc	12172	13441	13754	13431	9326	10456	12877	14544	100001
	11.71	11.93	12.21	12.13	10.71	10.51	10.90	11.54	11.49
SSMOr	7577	7646	7552	6660	4753	5537	6238	6845	52808
	7.29	6.79	6.71	6.02	5.46	5.57	5.28	5.43	6.07
SSMS	4611	4499	4602	4139	3190	3310	4099	4128	32578
	4.44	3.99	4.09	3.74	3.66	3.33	3.47	3.28	3.74
SSMSO	5268	5207	4789	4530	3433	3613	4050	4102	34992
	5.07	4.62	4.25	4.09	3.94	3.63	3.43	3.26	4.02
Otro	3295	3190	2803	2833	2167	2205	2516	2364	21373
	3.17	2.83	2.49	2.56	2.49	2.22	2.13	1.88	2.45
Total	103942	112683	112627	110683	87070	99448	118162	125983	870598
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Análisis realizado por la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos SINA.

1.5.4 Consultas de urgencia por previsión social

PREVISION	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
FONASA	48873	51902	46783	49920	45692	53588	63684	66487	426929
	86.27	84.15	83.24	85.29	87.80	88.86	88.78	90.72	87.05
Seg Privado	1460	1411	1059	868	989	892	938	586	8203
	2.58	2.29	1.88	1.48	1.90	1.48	1.31	0.80	1.67
FFAA	49	42	44	33	28	21	33	35	285
	0.09	0.07	0.08	0.06	0.05	0.03	0.05	0.05	0.06
Sin previsión	6266	8320	8315	7706	5332	5807	7115	6177	55038
	11.06	13.49	14.80	13.17	10.25	9.63	9.91	8.43	11.22
Total	56648	61675	56201	58527	52041	60308	71770	73285	490455
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Análisis realizado por la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos SINA.

1.5.5 Pacientes que abandonan el Servicio de Urgencia sin ser vistos (demanda)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Atendidos	103942	112683	112627	110683	87070	99448	118162	125983	870598
	88.98	88.09	83.13	83.11	92.00	93.68	89.24	87.38	87.87
LWBS	12876	15230	22855	22491	7571	6710	14250	18203	120186
	11.02	11.91	16.87	16.89	8.00	6.32	10.76	12.62	12.13
Total	116818	127913	135482	133174	94641	106158	132412	144186	990784
	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Análisis realizado por la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Fuente: Base de datos SINA.

1.5.6 Perfil del paciente del Hospital de Urgencia Asistencia Pública

La población atendida por el HUAP presenta las siguientes características:

- **Rango etario:** la mayor proporción de pacientes se concentra en el grupo de 15 a 29 años, seguido por los rangos de 30 a 44 años, 45 a 59 años y finalmente 60 a 74 años.
- **Población migrante:** se ha observado un incremento constante en la proporción de usuarios migrantes, predominando aquellos provenientes de Venezuela, Colombia, Perú y Haití.
- **Cobertura territorial:** aunque el HUAP atiende principalmente a la población de la Región Metropolitana, y cuya jurisdicción abarca las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos y Maipú, también recibe una significativa cantidad de pacientes de otros servicios de salud, como los correspondientes a los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Occidente.
- **Acceso a la salud:** un porcentaje relevante de los pacientes carece de previsión, lo que subraya el rol del HUAP como un proveedor clave de atención médica accesible para todos.
- **Desafíos actuales:** uno de los retos emergentes es abordar los pacientes catalogados como **LWBS** (*Left Without Being Seen*), quienes abandonan el Servicio de Urgencia antes de ser atendidos.

Capítulo 2: Diagnóstico organizacional

El diagnóstico organizacional es una etapa fundamental del proceso de planificación estratégica, ya que permite analizar de manera integral la realidad institucional, identificando factores internos y externos que impactan su desempeño. Este proceso busca reconocer fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, así como las dinámicas del entorno que influyen en el desarrollo del hospital.

En este marco, se realizó un diagnóstico organizacional utilizando herramientas metodológicas como el **FODA** (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), **PESTEL** (factores Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ecológicos y Legales) y la **Cadena de valor.** Este análisis sistemático incluyó una participación amplia y colaborativa, integrando diversas perspectivas y conocimientos para enriquecer el proceso.

Los resultados del diagnóstico fueron **validados por el Comité de Planificación Estratégica Institucional,** donde se sometieron a votación para priorizar los aspectos más relevantes. Este ejercicio aseguró que las decisiones estratégicas se basaran en un consenso amplio y representativo, orientando las acciones del hospital hacia el fortalecimiento de sus capacidades internas, el aprovechamiento de las oportunidades del entorno, la mitigación de amenazas externas y la implementación de oportunidades de mejora identificadas.

2.1 Fortalezas

- Alta capacidad resolutiva en la atención de urgencias y emergencias.
- Fuerte sentido de pertenencia e identificación del personal con el hospital.
- Ubicación geográfica central con fácil acceso y helipuerto para la derivación de pacientes.
- Marca institucional fuerte: "Posta Central".
- Personal calificado, comprometido y flexible ante situaciones críticas.
- Ser un hospital asistencial docente con capacidad formadora.
- Centro de Referencia Nacional del Paciente Gran Quemado.
- Atención clínica oportuna, eficiente y de calidad.
- Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico altamente capacitados.

2.2 Debilidades

- Infraestructura obsoleta.
- Salud mental del personal deteriorada.
- Ausentismo laboral elevado.
- Comunicación deficiente entre unidades y equipos de trabajo.
- Falta de sistemas de información integrados e interoperables.
- Falta de reconocimientos e incentivos para los funcionarios.
- Falta de registro clínico único digital.
- Clima laboral deteriorado.
- Inestabilidad laboral por contratos honorarios.
- Alta rotación y falta de retención de personal calificado y con experiencia.
- Falta de capacitación y desarrollo de liderazgos.
- Falta de humanización en el trato al paciente y su familia.

2.3 Oportunidades

- Existencia de universidades y centros de investigación como alternativas de alianzas.
- Pertenecer a una Red Integrada de Salud que permite complementar la atención de nuestros pacientes.
- Municipalidad y Gobierno Regional como oportunidad para generar convenios de bienestar y seguridad del personal.
- Plataformas digitales y canales informativos como herramienta para posicionar al hospital como referente nacional.

2.4 Amenazas

- Limitación presupuestaria y políticas públicas burocráticas que restringen compras y mejoras.
- Falta de gestión efectiva en la red de salud que dificulta la coordinación y derivación de pacientes.
- Alta rotación de directivos por cambios políticos.

- Inseguridad para funcionarios y usuarios en el entorno del hospital.
- Incremento de la demanda en la atención debido a la migración de beneficiarios de ISAPRE a FONASA, población flotante y extranjera.
- Congestión del Servicio de Urgencia debido al incremento en la demanda por patologías de salud mental en la población.
- Terciarización de servicios claves dentro del hospital que no cumplen con los estándares requeridos.
- Sobreexposición sujeta a hechos de connotación mediática que podrían dañar la imagen institucional.

El diagnóstico organizacional del HUAP refleja un hospital con fortalezas significativas, como su capacidad resolutiva, ubicación estratégica y compromiso del personal. No obstante, enfrenta debilidades críticas en áreas como infraestructura, salud mental del personal y sistemas de información. Las oportunidades, como alianzas estratégicas y avances tecnológicos, presentan un potencial significativo para superar las amenazas, que incluyen limitaciones presupuestarias y una creciente demanda asistencial.

En consecuencia, es fundamental priorizar la inversión en infraestructura y tecnología, así como también implementar estrategias para mejorar el clima laboral y fortalecer la retención de talentos. Estos elementos serán cruciales para garantizar la sostenibilidad del hospital en los próximos años.

Capítulo 3: Declaración estratégica

La declaración estratégica de una institución constituye la base que orienta su quehacer y define su propósito. Incluye la misión, visión y valores, que en conjunto establecen el marco de referencia para la toma de decisiones estratégicas y operativas.

- **La misión:** describe el propósito fundamental de la organización y las razones por las que existe, enfocándose en las necesidades que atiende y los grupos beneficiarios.
- **La visión:** proyecta un estado deseado a futuro, marcando el rumbo hacia el que se dirige la organización.
- **Los valores:** reflejan los principios éticos y las convicciones que guiarán el comportamiento del equipo humano.

Esta declaración representa un punto de partida para la planificación estratégica y una herramienta de comunicación interna y externa que fortalece la identidad institucional.

3.1 Misión

La **misión**, como declaración fundamental, define la razón de ser de una organización, describiendo: ¿quiénes somos?, ¿qué hacemos?, ¿cómo lo hacemos? y ¿para quién lo hacemos?

En el marco del proceso de planificación estratégica institucional, se realizó una revisión y rediseño participativo de la **misión** del hospital, asegurando que refleje de manera clara y precisa su identidad, su quehacer actual y su compromiso con los usuarios, funcionarios y la red de salud. Este proceso transversal involucró a actores clave de distintas áreas, permitiendo integrar diversas perspectivas que enriquecieron su contenido.

La nueva misión, aprobada por el Comité de Planificación Estratégica Institucional, responde de manera concreta a estas preguntas, orientando las acciones y decisiones del hospital hacia el cumplimiento de su propósito y compromiso institucional.

Misión

Somos el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, un centro asistencial docente, líder en emergencias de alta complejidad a nivel nacional. Con un equipo interdisciplinario y comprometido, brindamos atención integral y de calidad en coordinación con la red de salud, respetando los derechos del usuario y adaptándonos a los desafíos, para optimizar la salud y el bienestar de nuestros funcionarios, pacientes y su entorno.

3.2 Visión

La **visión**, como declaración, expresa el ideal hacia el cual una organización aspira, describiendo su proyección futura y las prioridades que orientarán su desarrollo, describiendo: ¿qué y cómo queremos ser?, ¿hacia dónde queremos ir?, ¿cómo queremos ser vistos? y ¿qué deseamos lograr?

En el marco del proceso de planificación estratégica institucional, se llevó a cabo una revisión participativa y transversal de la visión del hospital, con el objetivo de actualizarla y alinearse con las expectativas y desafíos futuros. Este proceso incluyó la colaboración de actores clave de diversas áreas, lo que permitió integrar múltiples perspectivas y construir una visión representativa y ambiciosa.

La nueva visión, aprobada por el Comité de Planificación Estratégica Institucional, establece el camino a seguir, definiendo hacia dónde se dirige el hospital y cómo desea proyectarse y posicionarse dentro del sistema de salud y en la comunidad.

Visión

Ser líderes a nivel nacional en la atención de urgencias, emergencias, cuidados agudos y cirugía de alta complejidad, con un enfoque humanizado, respaldada por la innovación, la investigación y el fortalecimiento de su infraestructura, generando un impacto positivo en el bienestar de nuestros usuarios y promoviendo el desarrollo continuo de nuestro equipo humano.

3.3 Valores

Los **valores institucionales** representan los principios éticos y culturales que guían el comportamiento, las decisiones y las relaciones de una organización, siendo fundamentales para fomentar un entorno de trabajo orientado hacia la excelencia en la atención a los usuarios y el bienestar de los funcionarios.

En el marco del proceso de planificación estratégica institucional, se llevó a cabo una revisión participativa y colaborativa de los valores del hospital, integrando perspectivas diversas que fortalecieron su construcción y asegurando que estos representen de manera auténtica las prioridades y aspiraciones de la institución.

Los valores revisados y aprobados por el Comité de Planificación Estratégica Institucional establecen una base ética y cultural sólida que orienta las acciones del hospital, promoviendo el cumplimiento de su misión y visión, y consolidando su compromiso con los usuarios, el equipo de salud y la red sanitaria.

Valores

- **Excelencia:** buscar los más altos estándares de calidad en la atención, promoviendo la mejora continua en los procesos clínicos y administrativos.
- **Humanización:** garantizar una gestión asistencial centrada en la dignidad, respeto y trato humano hacia los pacientes y su entorno.
- **Trabajo en equipo:** fomentar la colaboración efectiva y el apoyo mutuo entre los miembros del equipo de salud para lograr los mejores resultados.
- **Empatía:** promover una relación comprensiva entre el equipo de salud, los usuarios y sus familias, validando sus necesidades y emociones.
- **Probidad:** actuar con integridad, transparencia y ética en todas las decisiones y acciones.
- **Compromiso:** fomentar la dedicación y responsabilidad en el cuidado de los usuarios y el cumplimiento de metas institucionales.
- **Respeto e Inclusión:** mantener relaciones basadas en la equidad, el reconocimiento de los derechos individuales y la valoración de la diversidad de opiniones y creencias.

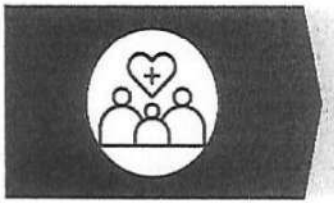
Capítulo 4: Foco estratégico

Los ejes estratégicos representan las líneas prioritarias de acción que guían el desarrollo y el logro de los objetivos institucionales en el marco de la planificación estratégica. Estos ejes son esenciales para enfocar los esfuerzos organizacionales, alinear recursos y coordinar acciones que permitan alcanzar la misión y visión del hospital de manera efectiva.

A través de un proceso participativo que involucró focus group, entrevistas y reuniones de comité, se lograron identificar y priorizar las áreas críticas de intervención, asegurando que los ejes estratégicos reflejen las necesidades actuales del hospital y sus proyecciones a futuro, en concordancia con su propósito institucional y su entorno.

4.1 Ejes estratégicos

ATENCIÓN HUMANIZADA Y SATISFACCIÓN USUARIA | **EXCELENCIA CLÍNICA Y MEJORA CONTINUA** | **DESARROLLO Y BIENESTAR DEL EQUIPO HUMANO** | **EFICIENCIA Y SUSTENTABILIDAD DE RECURSOS** | **MODERNIZACIÓN INFRAESTRUCTURA E INNOVACIÓN**

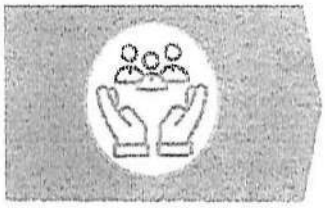


EJE 1: ATENCIÓN HUMANIZADA Y SATISFACCIÓN USUARIA

Promover una atención integral, centrada en la dignidad y respeto de cada usuario y su familia, priorizando una experiencia hospitalaria cálida y comprensiva.

EJE 2: EXCELENCIA CLÍNICA Y MEJORA CONTINUA

Garantizar la calidad y seguridad en la atención, poniendo al paciente en el centro de cada proceso clínico y administrativo, e impulsando una cultura de mejora continua basada en la evidencia.

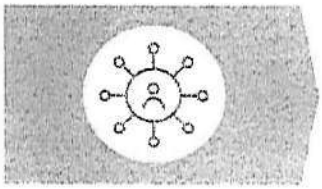


EJE 3: DESARROLLO Y BIENESTAR DEL EQUIPO HUMANO

Fomentar un ambiente laboral saludable y colaborativo, que promueva el desarrollo profesional, el reconocimiento y el bienestar integral del personal.

EJE 4: EFICIENCIA Y SUSTENTABILIDAD DE RECURSOS

Asegurar la sustentabilidad económica del hospital, mediante el uso eficiente de los recursos y el desarrollo de estrategias de gestión y control financieras.



EJE 5: MODERNIZACIÓN INFRAESTRUCTURA E INNOVACIÓN

Fomentar el desarrollo de proyectos de infraestructura, recursos tecnológicos e innovación, promoviendo la eficiencia en la gestión a través de soluciones informáticas y digitales, con equipamiento e instalaciones acordes a las necesidades de nuestros usuarios.

4.2 Objetivos estratégicos

Los objetivos estratégicos en el Balanced Scorecard, se construyen alineando la visión y estrategia organizacional con cuatro perspectivas clave: **financiera**, enfocada en la sostenibilidad económica y la optimización de costos; **usuarios,** orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes; **procesos internos**, centrada en mejorar e innovar procesos críticos para ofrecer valor; y **aprendizaje y crecimiento**, que fortalece el desarrollo del personal, la tecnología y la cultura organizacional.

Estos objetivos deben estar interrelacionados en un mapa estratégico y medidos mediante KPIs para garantizar su cumplimiento.

4.2.1 Perspectiva usuarios

U1: Mejorar la experiencia del usuario a través de comunicación efectiva y un trato humanizado y respetuoso de sus derechos.

U2: Implementar modelos equitativos de atención integra, con enfoque biopsicosocial e inclusivo, considerando las necesidades de grupos vulnerables.

U3: Reducir los tiempos de espera para el acceso oportuno y continuo a nuestras prestaciones clínicas.

U4: Contribuir al acceso oportuno a los establecimientos de la red del SSMC y la macro red pública y privada, según la cartera de servicio y el libro de redes

U5: Fomentar mecanismos efectivos de participación ciudadana, involucrando tanto a usuarios como a la comunidad organizada.

4.2.2 Perspectiva procesos internos

P1: Fortalecer la calidad y seguridad de la atención clínica, promoviendo una cultura institucional centrada en la mejora continua de los procesos asistenciales.

P2: Incrementar la eficiencia operativa, optimizando procesos internos alineados con la gestión clínica y sus resultados, destacando el concepto de producción como eje de una gestión ágil y sostenible.

P3: Fortalecer el rol asistencial, docente e investigador del hospital, promoviendo la generación de conocimiento aplicado a la salud pública y la formación de nuevas generaciones de profesionales y técnicos.

P4: Fortalecer los sistemas de información mediante la integración, interoperabilidad, accesibilidad y seguridad de los datos, impulsando la innovación en salud digital,

promoviendo el desarrollo tecnológico, el registro clínico y administrativos avanzado.

P5: Desarrollar sistemas de control de gestión y auditoría, promoviendo la evaluación constante de procesos y resultados para garantizar la transparencia, eficiencia y sostenibilidad financiera.

4.2.3 Perspectiva aprendizaje y crecimiento

A1: Fomentar un entorno laboral saludable y colaborativo, promoviendo el bienestar integral del personal, la salud mental y la prevención de riesgos psicosociales, como pilares fundamentales de la cultura y el clima organizacional, impactando en la gestión del ausentismo laboral.

A2: Impulsar el desarrollo del liderazgo, fortaleciendo el trabajo en equipo, la formación continua y las competencias estratégicas que aporten a la excelencia operativa y al crecimiento institucional.

A3: Promover la gestión del talento humano, impulsando estrategias de desarrollo profesional y reconocimiento, optimizando los procesos críticos del ciclo de vida laboral, incluyendo el reclutamiento, selección e inducción del personal.

A4: Establecer mecanismos efectivos de diálogo y colaboración, fortaleciendo la relación entre trabajadores, asociaciones gremiales y el equipo directivo, asegurando un clima organizacional transparente y participativo.

A5: Fortalecer las relaciones colaborativas entre funcionarios, promoviendo una cultura organizacional basada en el respeto mutuo y el buen trato.

4.2.4 Perspectiva financiera

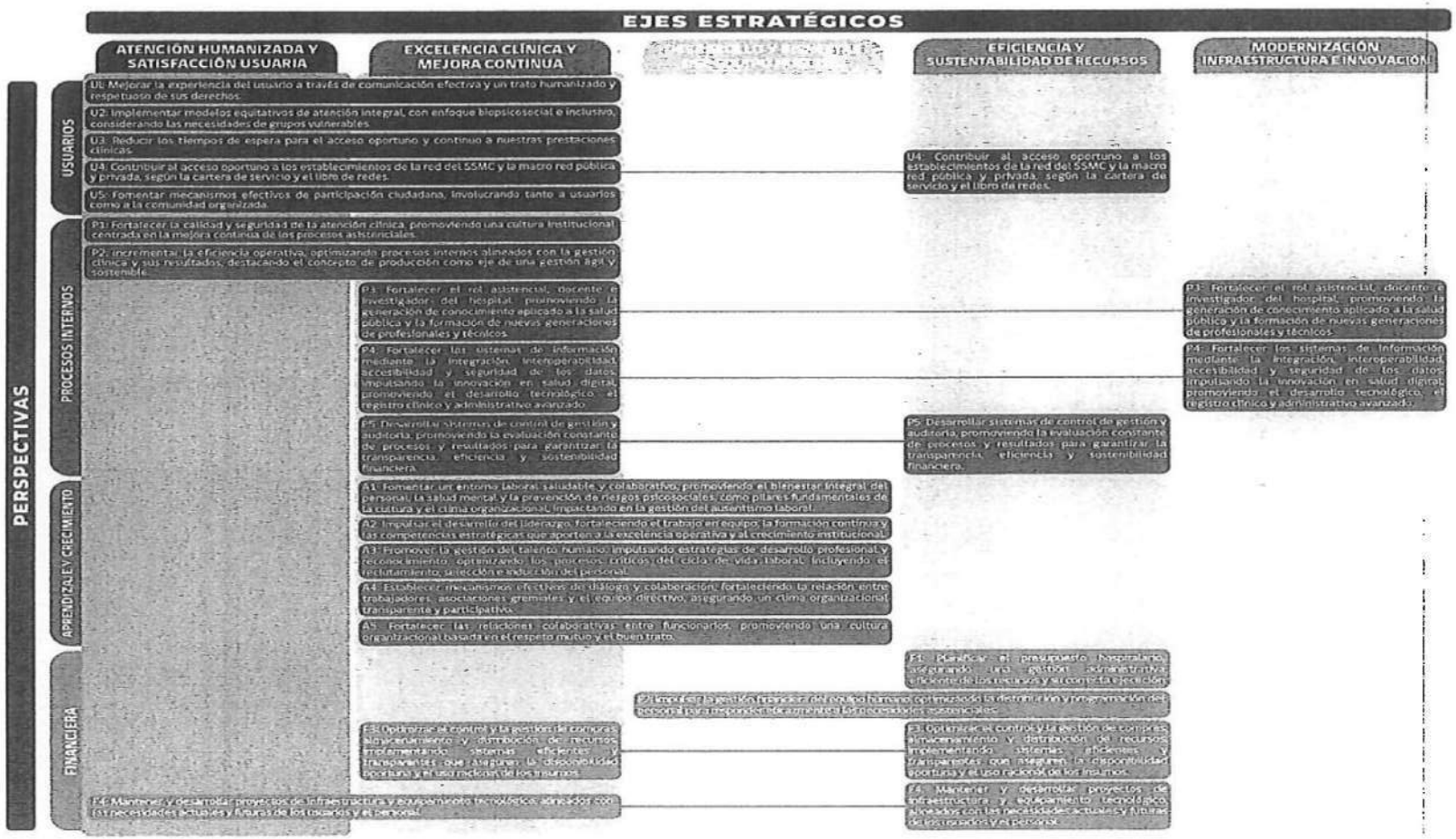
F1: Planificar el presupuesto hospitalario asegurando una gestión administrativa eficiente de los recursos y su correcta ejecución.

F2: Impulsar la gestión financiera del equipo humano, optimizando la distribución y programación del personal para responder eficazmente a las necesidades asistenciales.

F3: Optimizar el control y la gestión de compras, almacenamiento y distribución de recursos, implementando sistemas eficientes y transparentes que aseguren la disponibilidad oportuna y el uso racional de los insumos.

F4: Mantener y desarrollar proyectos de infraestructura y equipamiento tecnológico, alineados con las necesidades actuales y futuras de los usuarios y el personal.

4.3 Mapa Estratégico



Capítulo 5: Políticas institucionales

5.1 Políticas Subdirección de Gestión Clínica

La Subdirección de Gestión Clínica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública tiene como rol fundamental liderar y coordinar las actividades clínicas del hospital, garantizando la atención integral, eficiente y segura de los pacientes críticos y agudos de alta complejidad.

Su función es asegurar la excelencia clínica, promoviendo el uso eficiente de los recursos y consolidando su posición como centro referente nacional en patologías de urgencia, emergencia, paciente gran quemado y politraumatizado.

La Subdirección de Gestión Clínica se encarga de diseñar e implementar estrategias orientadas a garantizar la resolución oportuna de patologías de urgencia, en línea con la cartera de prestaciones establecida por el Servicio de Salud Metropolitano Central, que incluye patologías GES y otros programas ministeriales. Asimismo, trabaja en el fortalecimiento de las competencias del personal médico, manteniendo un equipo altamente especializado y comprometido con la calidad de la atención.

Un aspecto clave de la gestión clínica es la incorporación de equipamiento avanzado, que incluye dos angiógrafos de última generación. Esto ha permitido ofrecer una atención eficaz y oportuna de pacientes con patologías neurológicas y cardiovasculares agudas, así como también en procedimientos neuroquirúrgicos de alta complejidad.

Dentro de la gestión clínica, destaca también el uso del sistema de clasificación GRD como herramienta fundamental para la retroalimentación y el mejoramiento continuo del rendimiento y la producción clínica.

La renovación de infraestructura, mediante la apertura de la Torre Valech en el año 2019, ha permitido consolidar servicios críticos como la Unidad de Paciente Crítico y Pabellones, que destacan por su capacidad de atención especializada. Este avance ha incrementado la capacidad resolutiva interna mediante la ampliación de camas, asegurando una mayor autonomía en la gestión de los servicios.

En este nuevo ciclo, la Subdirección de Gestión Clínica reafirma su compromiso con la calidad y la humanización de la atención. El enfoque integral en el tratamiento de los pacientes no solo garantiza una atención segura y eficiente, sino que también busca su pronta reintegración a la comunidad. Este compromiso, en conjunto con la excelencia clínica, la gestión eficiente y la innovación, posiciona al hospital como líder en la atención de patologías complejas y de urgencia a nivel nacional.

5.2 Políticas Subdirección de Gestión del Cuidado

La Subdirección de Gestión del Cuidado, en concordancia con la misión institucional, se compromete a liderar y coordinar la atención integral y de calidad en el ámbito de las urgencias y emergencias de alta complejidad. Todas nuestras acciones están sustentadas en nuestros valores y principios, como la humanización, la continuidad de la atención, así como también la eficiencia, seguridad y excelencia. Nuestra labor está orientada a garantizar el bienestar de los pacientes, sus familias y el equipo de salud, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y la articulación con la red de salud.

Principales Funciones

1. **Gestión integral del cuidado:** planificar, supervisar y garantizar la continuidad de los cuidados con la implementación de estrategias que respondan a las necesidades de los pacientes, asegurando la continuidad asistencial, especialmente en situaciones críticas y de alta complejidad.
2. **Supervisión de la calidad asistencial:** establecer, dar seguimiento y evaluar estándares de calidad para asegurar una atención segura, eficaz y basada en evidencia.
3. **Formación y desarrollo profesional:** impulsar la capacitación continua del personal de salud, fomentando competencias técnicas y humanas alineadas con la misión docente del hospital.
4. **Coordinación interdisciplinaria:** promover el trabajo colaborativo entre las diferentes disciplinas de salud, asegurando una respuesta integral y eficiente.
5. **Gestión de seguridad y riesgos:** diseñar y aplicar protocolos para minimizar riesgos y garantizar la seguridad de los pacientes y del equipo de salud en el contexto de la atención de emergencias.
6. **Promoción del autocuidado y bienestar:** desarrollar iniciativas que prioricen la salud y el bienestar de los funcionarios, reconociendo su rol esencial en la prestación de servicios de excelencia acorde a las políticas de calidad de vida.
7. **Enlace con la red de salud:** fortalecer la integración y coordinación con otros niveles de atención para asegurar la continuidad del cuidado y la resolución eficiente de los casos.

Objetivos

1. **Garantizar la atención centrada en el paciente:** asegurar que todas las intervenciones respeten la dignidad, los derechos y las necesidades individuales de los pacientes y sus familias.

2. **Optimizar la calidad del cuidado:** implementar prácticas innovadoras y basadas en la evidencia para ofrecer un servicio asistencial que supere los estándares establecidos.

3. **Fortalecer el rol docente:** promover la excelencia académica y la formación práctica de los futuros profesionales de la salud.

4. **Fomentar la humanización del cuidado:** impulsar una atención empática, ética y respetuosa en todas las interacciones asistenciales, comprometiéndose a estar al servicio de las personas y considerando todas las dimensiones del ser humano en su proceso salud-enfermedad.

5. **Adaptarse a los desafíos emergentes:** responder de manera proactiva a los cambios en el entorno de la salud, incorporando herramientas tecnológicas y mejores prácticas en la gestión del cuidado.

Compromiso institucional

La Subdirección de Gestión del Cuidado reafirma su compromiso con la misión y visión institucional, orientando sus acciones bajo los valores de excelencia, humanización, trabajo en equipo, empatía, probidad, respeto e inclusión, contribuyendo de manera activa al bienestar de los pacientes, funcionarios y la comunidad en general. Adaptamos continuamente nuestras prácticas a las demandas de un sistema de salud en constante cambio, promoviendo una atención integral, continua, ética y centrada en las personas.

5.3 Políticas de Gestión Administrativa, Financiera-Contable-Presupuestaria

La gestión presupuestaria y financiera tiene como eje estratégico la sustentabilidad organizacional y como objetivo fundamental el equilibrio presupuestario, esto es, que la institución debe ser capaz de obtener los recursos necesarios para su operación anual, y para ello debemos diseñar una carta de navegación que, cimentada en un sistema de gestión integrado (con las áreas clínicas y gestión de las personas), contenga los marcos normativos, legales, procedimientos, instructivos, sistemas y mecanismos de registro y control adecuados, que permitan ejecutar sin contratiempos los planes, proyectos y programas de la actividad clínica, lo que facilitará el uso eficiente y oportuno y con calidad de los recursos institucionales.

Teniendo presente que lo primero es diseñar un presupuesto global de los gastos operacionales y no operacionales, lo que permite identificar las fuentes de financiamiento (ingresos de operación más ingresos propios), la gestión presupuestal

es el proceso mediante el cual se planifica y estructuran los recursos financieros para atender los gastos de funcionamiento e inversión del establecimiento, constituyéndose en una herramienta de gestión que sirve para controlar el uso adecuado de los recursos y apoyar la toma de decisiones.

Siendo el presupuesto una estimación de los ingresos proyectados para un año calendario y de los gastos autorizados para ejecutar dichos fondos, el proceso de desarrollo del presupuesto suele incluir las siguientes etapas: programación y formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.

La confección anual del presupuesto se basa en dos grandes componentes: comportamiento histórico (estadística) y demanda proyectada. Para ello, es esencial la participación y colaboración de todos los equipos de la institución, especialmente el área clínica, que es nuestro eje del negocio, que además debe ser vinculante a nuestra cartera de servicios autorizada y proyectada (si se desea abrir más prestaciones). Todo lo anterior debe basarse en una asignación equilibrada y transparente de los recursos, promoviendo una aplicación veraz, eficiente, oportuna y de calidad.

El rol que desempeña la gestión financiera en la organización es ser capaz de dotar de los recursos presupuestario-financieros necesarios para dar continuidad a la actividad, arbitrando las acciones necesarias, ejerciendo los controles y proveyendo de la información pertinente y oportuna, para la correcta toma de decisiones de la alta dirección de la institución.

Por otra parte, el registro de los procesos contables, en conformidad a las instrucciones impartidas por la Contraloría General de la República (Resolución CGR N°16 de 2015, Oficio CGR N°96016 de 2015 y sus modificaciones e instrucciones anuales), utilizando los sistemas que se pongan a disposición por los organismos ejecutores, es de vital importancia. El tener actualizado los registros contables, incluyendo cierre y apertura contable en forma y tiempo exigidos, es fundamental pata mantener la trazabilidad de los hechos económicos que se hayan llevado a cabo en el establecimiento.

Todo lo anterior debe tener como soporte tres áreas que coadyuvan al cumplimiento de la gestión presupuestaria-financiera. Estos son:

Gestión de abastecimiento: gestor y colaborador en el logro de los objetivos estratégicos, esencialmente a través de los procesos de compra de bienes y/o servicios, en forma oportuna, eficaz, eficiente, transparente y proba, con el objeto de contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales, asociado a gestiones de planificación

de adquisiciones, licitaciones y aprovisionamiento del HUAP, acorde a la realidad presupuestaria, con el objeto de mantener el correcto funcionamiento del mismo, y en el marco de la Ley N°21.634, que moderniza la Ley N°19.886, su reglamento DS 661 y demás normativas externas e internas asociadas a la regulación de los procesos de compras públicas.

Tecnologías de la Información y Comunicaciones: cumplen un rol esencial en el mundo de hoy, y nuestra realidad no escapa a ello, dado que sus actividades deben diseñar, desarrollar, mantener, dar soporte, seguridad y continuidad a todos los sistemas de la organización, tanto para las actividades de apoyo como especialmente a las desarrolladas en el ámbito clínico. Su aporte y desarrollo es fundamental para ir hacia un sistema informático único e integrado.

En el mundo actual, las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) han dejado de ser un recurso complementario para convertirse en un pilar estratégico en la administración y operación de las instituciones de salud. La realidad hospitalaria no es una excepción: las TIC desempeñan un rol vital en la continuidad de todos los sistemas que garantizan la operatividad de la organización.

La incorporación de TIC permite construir y operar sistemas informáticos únicos e integrados, facilitando la gestión de datos en tiempo real, la interoperabilidad entre diferentes plataformas y la trazabilidad de los procesos clínicos y administrativos. Estas capacidades no solo agilizan los flujos de trabajo, sino que también mejoran la seguridad del paciente, optimizan los recursos hospitalarios y aumentan la precisión en el diagnóstico y tratamiento.

Además, las TIC son fundamentales para garantizar la continuidad operativa, especialmente en situaciones críticas como emergencias sanitarias, ciberataques o fallos sistémicos. A través de soluciones robustas de respaldo y recuperación de datos, los hospitales pueden mantener su funcionalidad y proteger la confidencialidad y disponibilidad de la información clínica.

Gestión de recursos físicos: piedra angular en la continuidad operativa de la organización. Su gestión es precisamente la que debe dar respuestas tácticas, para no detener las prestaciones, lo que, por la génesis de nuestro establecimiento, podría tener consecuencias críticas.

5.4 Políticas Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Es sumamente relevante contar con políticas específicas en materia de gestión y desarrollo de las personas que sean representativas de la comunidad funcionaria del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, pero que por sobre todo sean coherentes con nuestra Planificación Estratégica 2024-2027, y con los valores institucionales de base que hemos declarado de forma participativa.

Si bien el ser capaces de construir políticas institucionales en estos ámbitos significa en sí mismo un enorme desafío, constituye al mismo tiempo un marco de acción organizacional necesario para la facilitación y promoción de espacios laborales saludables que apunten al bienestar integral de nuestros funcionarios y funcionarias, favoreciendo así una atención centrada en la persona, coherente con nuestra misión, visión y valores.

Como Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, asumimos responsablemente un rol protagónico para dar respuesta a este desafío, poniendo a disposición nuestra organización interna, compuesta por una unidad asesora denominada **Gestión de Procesos y Mejora Continua,** además de tres departamentos: **Gestión de Personas, Calidad de Vida** y **Gestión del Cambio**, las que, en su conjunto, no solo vienen a representar la estructura orgánica de nuestra subdirección, sino que reflejan la organización del *"saber hacer"* como ente asesor y socio estratégico de la Dirección y de las jefaturas de nuestro hospital, tomando como referencias técnicas las Orientaciones del Servicio Civil[1], los Instructivos Presidenciales de Buenas Prácticas Laborales[2], la normativa legal vigente atingente a gestión de personas[3] y a la jurisprudencia emanada desde la Contraloría General de la República.

De este modo, a continuación, se señalan los diez ejes principales de Gestión y Desarrollo de Personas, siendo declaraciones de intención necesarias de materializar en políticas participativas, con el fin de contar con guías institucionales orientadoras,

---

[1] **Resolución Afecta N°1 de 2017, de la Dirección Nacional del Servicio Civil,** que Aprueba Normas de Aplicación General en Materias de Gestión y Desarrollo de Personas..
[2] **Instructivo Presidencial N°001 de 2015 sobre Buenas Prácticas Laborales** en Desarrollo de Personas en el Estado.
[3] (1) **Ley N°18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado,** Artículo 52°, que instruye el Principio de probidad administrativa; (2) **Ley N°18.834, Estatuto Administrativo,** que prohíbe a todo/a funcionario/a realizar cualquier acto atentatorio a la dignidad de los demás funcionarios, se considerará como una acción de este tipo el acoso sexual (Artículo 84 letra L) y realizar todo acto calificado como acoso laboral (Artículo 84 letra M).

que conduzcan la toma de decisiones y la gestión de nuestro hospital en el ámbito de la gestión de personas.

Reclutamiento y selección de personas

Buscaremos garantizar la igualdad de oportunidades en las condiciones de acceso al empleo, evitando todo tipo de discriminación. Para esto, se considera dar amplia difusión del reclutamiento con criterios de selección objetivos relacionados al perfil de cargo que se requiere proveer, informando oportunamente de los procesos y desarrollo transparente de los mismos.

Inducción

Consideramos que se constituye en un proceso crítico la instancia en que las personas conocen de cuál es su rol, su aporte a la organización y cómo se traduce esto en la entrega de un servicio de **excelencia**. Por esto, entregaremos las herramientas necesarias para facilitar la adaptación de quienes se integren a nuestro hospital, fortaleciendo el compromiso de estos con la labor que realizan al entregarles los conocimientos básicos y aspectos transversales de la labor que desempeñarán.

Gestión de la capacitación

La gestión de capacitación contribuye al desarrollo de los funcionarios/as, permitiéndoles la obtención y/o el perfeccionamiento de sus competencias y habilidades, para mejorar su desempeño actual y futuro, apoyando el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de nuestro hospital.

El establecimiento de una estrategia de formación trianual comprende una mirada de gestión planificada y a largo plazo, contemplando la adquisición y el fortalecimiento de conocimientos técnicos y habilidades relacionales, ya que ambos representan elementos que condicionan el desempeño de nuestros funcionarios/as.

Buscamos que la gestión de capacitación y formación sea siempre participativa, asegurando las condiciones para el adecuado y permanente funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación.

Desarrollo de personas

Buscaremos posicionar el desarrollo de las personas con la finalidad de gestionar el talento interno y contribuir a nuevos desafíos laborales que den cuenta de las necesidades de la organización y que permitan tener personas motivadas y comprometidas, en coherencia con las prioridades y finalidades de nuestro hospital, permitiendo así alinear los objetivos organizacionales y el desempeño de las personas con la estrategia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Calidad de vida laboral

Pretendemos generar acciones con la finalidad de brindar apoyo a los funcionarios del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, en el ámbito social y recreativo, procurando con ello mejorar su calidad de vida, de modo que los/as funcionarios/as se desempeñen en condiciones de **dignidad, eficiencia, mérito e inclusión.**

Se promoverá el equilibrio personal y laboral de las diversas responsabilidades de las personas que integren nuestro hospital, desarrollando iniciativas orientadas a la implementación de buenas prácticas laborales que consideren los diversos ámbitos de la vida personal y familiar, tales como cuidados infantiles, bienestar y mejoramiento del entorno laboral.

Gestión de riesgos psicosociales

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública dará fiel cumplimiento a las disposiciones asociadas a la realización de evaluaciones de los factores de riesgos psicosociales (CEAL-SM), resguardando la participación y confidencialidad de la información, con el fin de identificar las principales brechas y fortalezas que permitan disponer de información fundada y sistemática, para la implementación de programas de intervención y/o de gestión de clima que favorezcan la promoción de ambientes laborales saludables y **humanizados.**

Prevención de la violencia en el trabajo, acoso laboral y/o acoso sexual[4]

La búsqueda constante de la protección de la dignidad de las personas es fundamental, siendo pertinente desarrollar acciones destinadas a la prevención del acoso laboral, acoso sexual y violencia en el trabajo. Se buscará definir y ejecutar actividades de difusión y promoción del buen trato y respeto a las personas, los derechos y deberes funcionarios y la **probidad.**

Rol de jefaturas y personas con personal a cargo

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública sostiene la convicción de que detrás del rol de las jefaturas radica gran parte del soporte de una gestión institucional de excelencia, por lo cual se considera como crítico el poder **definir el rol de las jefaturas** y el **estilo de liderazgo esperado como hospital**, en apego a la estrategia y a nuestros valores institucionales.

Buscaremos fortalecer las habilidades directivas a través de un Programa de Liderazgo propio, además de acciones de formación sistemáticas que permitan fortalecer la

---

[4] **Ley N°21.643 del 15 de enero de 2024**; que modifica el Código del Trabajo y otros cuerpos legales, en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo, también denominada "Ley Karin".

apropiación del rol, el dominio técnico de materias de gestión de personas y el dominio de estrategias de retroalimentación efectivas.

Buscaremos generar acciones para establecer canales de comunicación interna que fomenten las buenas relaciones entre las jefaturas y sus equipos de trabajo, permitiendo fortalecer la confianza mutua, el **trabajo en equipo y la empatía.**

Gestión del ausentismo laboral
Buscaremos abordar el ausentismo laboral desde una perspectiva integral que reconozca la complejidad y la multicausalidad de esta problemática, planteando para ello acciones que apunten a la prevención y la promoción desde un enfoque biopsicosocial, así como también promoviendo acciones que se sustenten en la normativa legal vigente.

El comprender la complejidad del ausentismo laboral implica también que como Hospital de Urgencia Asistencia Pública buscaremos identificar situaciones particulares que impliquen el desarrollo de estrategias de acompañamiento específicas para su abordaje.

Gestión del egreso
El Hospital de Urgencia Asistencia Pública valora el aporte realizado por las personas a lo largo de su ciclo de vida laboral, razón por la cual cautelará que el proceso de egreso sea en condiciones de respeto y transparencia, abordando esta etapa del ciclo laboral con especial preocupación por la persona.

Como Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas estamos conscientes que el contar con políticas de gestión de personas sólidas y coherentes con nuestra Planificación Estratégica 2024 – 2027 no solo contribuirá al cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, sino que también permitirá a corto, mediano y largo plazo, anclar a nuestra cultura organizacional los valores institucionales que en conjunto hemos declarado para materializarlos en acciones que conduzcan a la búsqueda constante de la excelencia.

5.5 Políticas Satisfacción Usuaria

La participación de los usuarios mantiene un espacio nuclear en la gestión pública y en el modelo integral de atención en salud.

La relación entre los usuarios y nuestra institución se constituye como un proceso de interacción dinámico dada la diversidad de intereses, preocupaciones y formas de enfrentar las necesidades de nuestros consultantes en forma oportuna y efectiva.

La calidad de atención y el grado de satisfacción percibido por nuestros usuarios, por medio de las distintas vías de requerimientos ciudadanos, resultan ser elementos de gran importancia que deben incorporarse de manera activa en las líneas estratégicas de nuestro hospital.

Por otra parte, la institución establece como aspecto esencial realizar diversas acciones para otorgar un trato digno y humanizado, tanto para usuarios como funcionarios, con el fin de garantizar un clima que motive el trabajo en equipo y centrado en las necesidades de los pacientes.

A partir de aquello, y en concordancia con los lineamientos ministeriales, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública se orienta hacia el fortalecimiento de estrategias que faciliten la incorporación de las opiniones de nuestros usuarios, respecto al grado de satisfacción percibida, el respeto por la ley de derechos y deberes, además de todas las acciones vinculadas para obtener un trabajo cohesionado entre funcionarios, que impactan en la atención que se le otorga a la comunidad.

De acuerdo con lo planteado, se ha propuesto dar continuidad a las siguientes líneas de trabajo:

- Implementación y seguimiento del programa Hospital Amigo acorde a las indicaciones ministeriales.
- Implementación y seguimiento de la Ley Mila acorde a las indicaciones ministeriales.
- Monitorización continua de la satisfacción usuaria por medio de encuestas que puedan orientar los procesos de mejora asociados a trato y entrega de información.
- Velar por el cumplimiento de la carta de derechos y deberes por medio de su difusión y monitorización a través de encuestas.
- Articulación continua con las redes de voluntariados del hospital que permiten potenciar el acompañamiento de los usuarios.
- Facilitar la incorporación de los tutores en el cuidado activo de los pacientes por medio de actividades de educación y entrega de material.
- Regular y fortalecer el sistema de gestión de solicitudes ciudadanas con el fin de elaborar planes de intervención para la disminución de reclamos.
- Otorgar respuestas oportunas y resolutivas a las inquietudes de los usuarios emitidas a través de las solicitudes ciudadanas.

5.6 Políticas Participación Ciudadana

El presente documento define las políticas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) para promover la participación ciudadana en su gestión. Estas políticas establecen los principios rectores que guían el relacionamiento con la comunidad organizada, garantizando la inclusión, la transparencia y la corresponsabilidad como ejes fundamentales del trabajo institucional.

Marco legal de referencia:

Las políticas de participación ciudadana del HUAP se sustentan en la siguiente legislación y normativas:

- Ley 20.584: Regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- Ley 20.500: Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.
- Política de participación ciudadana: en el marco de la corresponsabilidad que se desprende de la Ley 20.500, fomenta una cultura de corresponsabilidad, fortalece los espacios de comunicación entre el Gobierno y la ciudadanía y aumenta la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.
- Instructivo Presidencial N°7: entrega lineamientos para la participación ciudadana en la gestión pública.
- Norma General de Participación Ciudadana en Gestión Pública en Salud 2024: actualiza y amplía los mecanismos de participación ciudadana, incluyendo tecnologías digitales y estrategias para promover la equidad y corresponsabilidad.
- Ley 20.609: establece medidas contra la discriminación.

Principios rectores Participación Ciudadana

Inclusión social: asegurar que todas las personas, sin distinción de género, origen étnico, condición socioeconómica o sexualidad, tengan oportunidades equitativas para participar en la gestión pública de salud.

Corresponsabilidad: promover la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, reconociendo su rol como corresponsable en la mejora de los servicios de salud.

Transparencia: garantizar el acceso oportuno a información clara y completa sobre las acciones del HUAP, fortaleciendo la confianza entre la institución y la comunidad.

Equidad: diseñar políticas y programas que reduzcan las brechas existentes en el acceso a los servicios de salud, considerando las necesidades específicas de grupos vulnerables.

Participación activa: fomentar instancias permanentes de diálogo y consulta para recoger las opiniones y sugerencias de los usuarios y actores sociales vinculados al HUAP.

Directrices

- Fortalecer el acercamiento institucional con la comunidad.
- Involucrar a los actores clave en los procesos de planificación, asegurando que las estrategias reflejen las necesidades comunitarias.
- Fortalecer la vinculación con actores estratégicos.
- Elaborar un mapa de actores actualizado para optimizar las iniciativas participativas.
- Fomentar la inclusión y diversidad.
- Generar capacitaciones sobre equidad y diversidad para el personal de salud y la comunidad.

En suma, la Unidad de Participación Ciudadana contribuye significativamente a mejorar el impacto y la eficiencia de los servicios de salud, fortaleciendo el tejido social y promoviendo una atención más inclusiva y efectiva. Al consolidar valores fundamentales como la inclusión, la corresponsabilidad y la transparencia se crea una base sólida para abordar con éxito los desafíos actuales y futuros en el ámbito de la salud pública.

5.7 Políticas Planificación y Control de Gestión

El Departamento de Planificación y Control de Gestión, que depende directamente de la Dirección del establecimiento, tiene como responsabilidad central la administración y supervisión de los procesos necesarios para el logro de los objetivos y metas establecidos tanto por el propio hospital como por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud. Este departamento juega un rol clave en la coordinación y alineación de las diversas áreas y servicios del hospital, asegurando que todas las actividades estén orientadas hacia el cumplimiento de los lineamientos y políticas institucionales.

La existencia de un Departamento de Planificación y Control de Gestión en el hospital es de vital importancia, ya que proporciona un marco estructurado para el monitoreo

y control de todos los procesos internos. Esto permite contar con un sistema que facilite la toma de decisiones estratégicas basadas en datos precisos y actualizados, lo que, a su vez, optimiza la gestión de recursos y la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los objetivos institucionales. De esta manera, el departamento contribuye directamente al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, garantizando la eficiencia y eficacia en la atención y gestión hospitalaria.

Para llevar a cabo estas tareas de planificación y control, el Departamento de Planificación y Control de Gestión dispone de una serie de herramientas y documentos clave, entre los que se destacan los siguientes:

- **Convenio de Alta Dirección Pública (ADP):** instrumento que establece indicadores para medir el rendimiento y cumplimiento del director del hospital, evaluando su desempeño en relación con los objetivos institucionales y asegurando una gestión eficiente y transparente.
- **Planificación estratégica**: proceso que define la visión a largo plazo y los objetivos estratégicos del hospital, alineados con las necesidades de la comunidad y las políticas del Ministerio de Salud.
- **Cartera de servicios:** documento que detalla los servicios ofrecidos por el hospital, asegurando su calidad y cobertura y su alineación con las demandas de la población y las políticas sanitarias.
- **Organigrama:** esquema jerárquico y funcional que define la estructura del hospital, aclarando roles, responsabilidades y líneas de comunicación para una mejor coordinación.
- **Comités designados por la Dirección:** grupos multidisciplinarios encargados de abordar temas clave y tomar decisiones para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

En resumen, el Departamento de Planificación y Control de Gestión es clave para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y promover la mejora continua en la calidad de los servicios del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Su labor no solo garantiza la alineación con las políticas de salud nacionales, sino que también refuerza la capacidad del hospital para enfrentar los desafíos del sistema de salud y atender de manera eficiente las necesidades de la población.

Política de la Unidad de Control de Gestión

La Unidad de Control de Gestión, dependiente del Departamento de Planificación y Control de Gestión, tiene como principal responsabilidad la medición y evaluación de los resultados alcanzados por el establecimiento en relación con los objetivos y metas institucionales. Su función esencial es desarrollar, implementar y gestionar métodos, herramientas e instrumentos que permitan realizar un seguimiento riguroso de los procesos, analizar el rendimiento de las distintas áreas y contribuir con información precisa y relevante para la toma de decisiones estratégicas. Su labor está orientada a mejorar la eficacia y eficiencia de las acciones del hospital, asegurando que los objetivos establecidos se cumplan de manera efectiva y en los plazos previstos.

La Política de Control de Gestión de la institución se articula a través de una serie de ámbitos clave, con el objetivo de desarrollar estrategias de monitoreo y control que garanticen el cumplimiento de los estándares requeridos y la consecución de las metas e indicadores asignados. Los ejes principales de esta política son los siguientes:

Cumplimiento de indicadores de Metas Sanitarias: La unidad se encarga de garantizar el cumplimiento de los indicadores establecidos por las Metas Sanitarias, en el marco de las leyes 18.834, 19.664 y 20.707, que orientan la gestión sanitaria nacional. Esto incluye el seguimiento continuo de los compromisos y la implementación de las acciones necesarias para alcanzar los estándares de salud pública establecidos por el Ministerio de Salud.

Monitoreo de Compromisos de Gestión (COMGES): Se lleva a cabo el seguimiento de los COMGES establecidos entre los referentes del establecimiento y el Servicio de Salud Metropolitano Central. Esto permite asegurar que se cumplan los acuerdos y objetivos pactados, fomentando la alineación entre las distintas instancias del sistema de salud.

Monitoreo del Balanced Scorecard (BSC): La unidad realiza el monitoreo y análisis del BSC, herramienta clave para mantener la autogestión del hospital, de acuerdo con las directrices establecidas por el Ministerio de Salud. Este enfoque permite evaluar el desempeño del hospital en diversas áreas estratégicas, tales como la **sustentabilidad financiera**, la **eficiencia operacional**, la **gestión asistencial en red** y la **calidad de la atención.**

Monitoreo del Sistema de Gestión de Costos (SIGCOM): un aspecto crucial de la labor de la unidad es el seguimiento del SIGCOM, que permite evaluar la eficiencia en el uso de los recursos financieros y optimizar la asignación de presupuestos dentro del

establecimiento, asegurando el cumplimiento de las normativas y directrices establecidas por el Ministerio de Salud.

Elaboración de Glosa 04: se realiza un análisis trimestral de la Glosa 04, evaluando tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos del establecimiento. Este proceso implica una revisión exhaustiva de los indicadores clave de desempeño, lo que permite identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas para corregir desvíos y optimizar el rendimiento institucional.

En suma, la Unidad de Control de Gestión juega un papel fundamental en la medición y seguimiento de los avances institucionales, asegurando que el Hospital de Urgencia Asistencia Pública cumpla con los estándares de calidad, eficiencia y efectividad requeridos por la normativa vigente. Su labor contribuye de manera significativa al fortalecimiento de la gestión hospitalaria, permitiendo la toma de decisiones informadas que favorezcan la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.

5.8 Políticas Auditoría

Para el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, la existencia de la auditoría interna se enmarca en el Decreto Supremo N° 38 del 29 de diciembre 2005 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, que en su Capítulo II de los Establecimientos de Autogestión en Red, Título I de la Obtención de la Calidad y Funciones, Artículo 16, contempla los requisitos mínimos que deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado.

La Unidad de Auditoría interna del Hospital de Urgencia Asistencia Pública se crea el 30 de diciembre de 2011, y define sus funciones a través de Resolución Exenta N° 15.279 de ese mismo año, indicando dentro de sus funciones:

- Evaluar en forma permanente el sistema de control interno del hospital y efectuar las recomendaciones para su mejoramiento.
- Evaluar el grado de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que se utilizan los recursos humanos, financieros y materiales del establecimiento.
- Promover la adopción de mecanismos de autocontrol.
- Verificar la existencia de adecuados sistemas de información, su confiabilidad y oportunidad.

- Elaborar y proponer al director del establecimiento, para su aprobación, el Plan de Auditoría anual de la institución.
- Promover la coherencia de las políticas y actividades de la Unidad de Auditoría del hospital con aquellas emanadas de la autoridad presidencial, las orientaciones dadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y respecto de la acción de otros organismos del Estado.
- De los informes de auditoría, aprobados por la autoridad, efectuar el seguimiento de las medidas preventivas y correctivas emanadas.
- Participar obligatoriamente en el Comité de Auditoría del Servicio a través del jefe de la unidad o su representante.
- Otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgos de la institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría.

La Unidad de Auditoría tiene dependencia directa del Director del establecimiento.

Por otra parte, tiene dependencia técnica de la Contraloría General de la República (CGR), del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, del Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud y del Departamento de Auditoría del Servicio de Salud Metropolitano Central.

El Plan de Actividades de Auditoría Interna del Hospital de Urgencia Asistencia Pública está definido en primer lugar por las orientaciones técnicas que emanan del Gobierno a través del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, luego por aquella que establece el Ministerio de Salud, seguida del Servicio de Salud Metropolitano Central.

En segundo lugar, y alineadas con estas orientaciones, el establecimiento define orientaciones locales, tanto en el ámbito de las auditorías propiamente administrativas, como en el área de las auditorias clínicas.

Las directrices anteriores se expresan en un Plan Anual de Auditoría del hospital, el que se ejecuta, siendo sus productos los informes de auditoría, los planes de mejoras o compromisos, así como el seguimiento de la implementación de estos y su impacto en mejoras de los procesos de dichos planes. Dicho plan debe ser enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

En el Plan Anual se establece el objetivo general de cada auditoría y un cronograma de su realización.

Entre los objetivos permanentes del Plan Anual de Auditoría se encuentran la realización de actividades de auditoría, seguimiento de planes de mejora, como también otras de carácter rutinario (trimestral), todas referidas a:

- Probidad administrativa.
- Evaluación del sistema de control interno institucional.
- Mantención y mejoramiento de actividades asociadas a procesos de gestión de riesgo.
- Evaluación permanente de acciones de aseguramiento de operaciones financiero-contables.
- Seguimiento de auditorías de la Contraloría General de la República, de Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Central.

El resultado de las auditorías se informa vía memorándum al Director del hospital, con copia a las subdirecciones y departamentos involucrados. Cuando corresponden a requerimientos del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno o Ministerio de Salud, se envía por oficio su resultado a dichos organismos.

5.9 Políticas Calidad

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública es el hospital más importante en atención de urgencias médicas de adultos del país, Es un hospital de alta complejidad, Autogestionado en Red, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central, asistencial-docente y acreditado para brindar atenciones GES, con gran compromiso social y una atención humanizada, cuya gestión tiene por objetivo implementar la mejora continua de la calidad para brindar una atención segura, oportuna, eficiente y eficaz, con el fin de lograr satisfacción en los servicios y prestaciones entregados a los usuarios que se atienden en él.

La política de calidad institucional se compone por los siguientes puntos:

- **Enfoque de la atención centrada en las personas:** con la finalidad de otorgar una atención de calidad a nuestros pacientes que incluya competencia técnica, seguridad en procesos clínicos asistenciales, oportunidad en la atención, eficiencia, efectividad, eficacia y satisfacción usuaria.
- **Satisfacción usuaria:** reduciendo el tiempo de respuesta y la efectividad de la misma para una correcta gestión del sistema de reclamos.
- **Liderazgo del equipo de salud:** contamos con un equipo de trabajo que constituye la fuerza dinámica y clave del trabajo en nuestro hospital.
- **Programa de calidad basado en la evidencia y en la mejora continua para entregar una atención de calidad y seguridad a nuestros pacientes:** la

institución cuenta con un programa de calidad anual, el cual contempla la evaluación continua de los indicadores que aplican en el manual y pauta de cotejo de atención cerrada. Se evalúan los resultados de acuerdo a la periodicidad establecida y se ejecutan planes de mejora en las características que puedan presentar indicadores con bajo umbral de acuerdo a lo establecido o características sin indicador, pero con resultados bajos de cumplimiento.

- **Formación continua asistencial-docente:** capacitación constante a funcionarios de todos los estamentos clínicos y alumnos en práctica que realizan pasantías por nuestra institución sobre temas relevantes, centrados en la atención clínica de los pacientes. Contamos con estrategias de aprendizaje basadas en la evidencia, con el fin que puedan incorporarse como funcionarios de nuestro establecimiento.

Capítulo 6: Seguimiento y evaluación del Plan Estratégico

6.1 Indicadores clave de desempeño

Dentro de la planificación estratégica, la definición de indicadores permite medir el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos, proporcionando datos concretos que respalden la toma de decisiones.

Cada indicador se asocia a metas específicas y responsables designados, lo que asegura una gestión estructurada y orientada a resultados. Las metas permiten establecer niveles de desempeño esperados, mientras que los responsables facilitan la rendición de cuentas y garantizan la implementación de acciones necesarias para alcanzar dichos resultados. Este enfoque fomenta la responsabilidad compartida y el trabajo en equipo dentro de la institución.

A continuación, se presentan los indicadores definidos para cada objetivo estratégico institucional:

Perspectiva Usuarios

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
U1: Mejorar la experiencia del usuario a través de comunicación efectiva y un trato humanizado y respetuoso de sus derechos	**U1.1 Instrumento de evaluación anual de trato usuario**	**Resultado tramo 1 del instrumento de evaluación anual de trato usuario**	**Dicotómico**	**SI**	**Anual**	**Dirección, Unidad de Calidad Percibida, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado**
	U1.2 Realizar un plan de trabajo para la mitigación de los reclamos por trato usuario, y ejecución según cronograma	**Creación del plan de trabajo aprobado mediante Resolución exenta**	**Dicotómico**	**Primer cuatrimestre 2025: SI**	**Primer cuatrimestre 2025**	**Dirección, Unidad de Calidad Percibida**
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de trabajo para mitigación de los reclamos por trato usuario	**(Número de actividades programadas realizadas del cronograma del plan de trabajo para mitigación de los reclamos por trato usuario en periodo t/ Número de actividades programadas del cronograma del plan de trabajo para mitigación de los reclamos por trato usuario en periodo t) x 100**	**2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%**	**Anual**	**Dirección, Unidad de Calidad Percibida**
	U1.3 Disminución en el número total de reclamos por trato usuario	**Porcentaje de disminución de reclamos por trato usuario en periodo t**	**((reclamos en periodo t-1 - reclamos en periodo t)/reclamos en periodo t-1) x 100**	**2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Disminuir ≥ 3% desde línea base (año anterior). 2026: Disminuir ≥ 3% desde línea base (año anterior). 2027: Disminuir ≥ 3% desde línea base (año anterior).**	**Anual**	**Dirección, Unidad de Calidad Percibida, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado**

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
U2: Implementar modelos equitativos de atención integral, con enfoque biopsicosocial e inclusivo, considerando las necesidades de grupos vulnerables.	**U2.1 Cumplimiento de las estrategias y/o acciones para la gestión de satisfacción usuaria contenidas en el Balanced Scorecard**	Porcentaje de estrategias y/o acciones implementadas para la gestión de satisfacción usuaria contenidas en el Balanced Scorecard	(Número de requisitos cumplidos por el establecimiento en periodo t/ Número total de requisitos exigidos para el establecimiento en periodo t) x 100.	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Unidad de Calidad Percibida
	U2.2 Realizar una política de atención con enfoque biopsicosocial, inclusivo y de género, y ejecución según cronograma	Creación de la política de atención con enfoque biopsicosocial, inclusivo y de género, aprobada mediante Resolución exenta.	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: Si	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Unidad de Calidad Percibida
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la política de atención con enfoque biopsicosocial, inclusivo y de género	(Número de actividades programadas realizadas del cronograma de la política de atención con enfoque biopsicosocial, inclusivo y de género en periodo t/ Número de actividades programadas del cronograma de la política de atención con enfoque biopsicosocial, inclusivo y de género programadas en periodo t) x100	2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Unidad de Calidad Percibida

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
U3: Reducir los tiempos de espera para el acceso oportuno y continuo a nuestras prestaciones clínicas.	**U3.1 Pacientes categorizados como ESI 3 que abandonan sin atención médica.**	**Porcentaje de pacientes categorizados como ESI 3 que abandonan sin atención médica**	**(Número de pacientes ESI 3 que se van sin ser vistos en periodo t / Número total de pacientes ESI 3 en periodo t) x 100.**	**2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Mantener línea base (año anterior). 2026: Disminuir ≥ 3% desde línea base (año anterior). 2027: Disminuir ≥ 3% desde línea base (año anterior).**	**Anual**	**Subdirección de Gestión Clínica, Gestión de la Demanda, Departamento de Emergencia Hospitalaria, Departamento Cuidados medios MQ.**
	U3.2 Tiempo de espera en domicilio de pacientes con cirugía diferida.	**Consolidar un plan de trabajo y un sistema de registro de los pacientes con cirugía diferida aprobado mediante Resolución exenta**	**Dicotómico**	**Primer cuatrimestre 2025: Si**	**Primer cuatrimestre 2025**	**Subdirección de Gestión Clínica, Departamento área quirúrgica.**
		Porcentaje de disminución de días de mediana de espera para intervenciones quirúrgicas de pacientes con cirugía diferida en domicilio	**100% - ((mediana de días de espera al corte del periodo t- mediana del 31 de diciembre del periodo t-1)/ mediana de días de espera al 31 de diciembre del periodo t-1) x100**	**2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Mantener línea base (año anterior) 2026: Disminuir ≥ 5% desde línea base (año anterior). 2027: Disminuir ≥ 10% desde línea base (año anterior).**	**Anual**	**Subdirección de Gestión Clínica, Departamento área quirúrgica.**

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
U4: Contribuir al acceso oportuno a los establecimientos de la red del SSMC y la macro red pública y privada, según la cartera de servicio y el libro de redes.	**U4.1 Realizar un plan de trabajo de notificación GES y ejecución según cronograma**	**Creación del plan de trabajo de notificación GES aprobado mediante Resolución exenta**	**Dicotómico**	**Primer cuatrimestre 2025: Si**	**Primer cuatrimestre 2025**	**Subdirección de Gestión Clínica, Gestión de la Demanda, Unidad GES, Departamento Cuidados Medios MQ, Departamento Emergencia Hospitalaria, Departamento Área Crítica, Departamento Especialidades Médicas.**
	U4.2 Aumento del índice de rotación de la UPC Quemados	**Índice de rotación de la UPC quemados**	**(Número de pacientes egresados en UPC Quemados en período t/ Número total de camas disponibles en UPC Quemados en período t) x 100**	**2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Aumentar ≥ 0.1 desde línea base (año anterior) 2026: Aumentar ≥ 0.1 desde línea base (año anterior) 2027: Aumentar ≥ 0.1 desde línea base (año anterior)**	**Mensual**	**Subdirección de Gestión Clínica, Gestión de la Demanda, UPC Quemados**

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
U5: Fomentar mecanismos efectivos de participación ciudadana, involucrando tanto a usuarios como a la comunidad organizada	**U5.1 Cumplimiento de reuniones programadas con el consejo consultivo.**	Porcentaje de reuniones realizadas con el consejo consultivo de usuarios.	(Número de reuniones programadas realizadas con el consejo consultivo en periodo t/ Número de reuniones programadas con el consejo consultivo en periodo t) x 100.	2024: ≥ 90% 2025: ≥ 90% 2026: ≥ 90% 2027: ≥ 90%	Anual	Dirección, Unidad de Participación Ciudadana
	U5.2 Actividades del plan anual de participación ciudadana ejecutadas.	Porcentaje de cumplimiento del plan anual de participación ciudadana.	(Número de actividades programadas realizadas del plan anual de participación ciudadana en periodo t / Número de actividades programadas del plan anual de participación ciudadana en periodo t) x 100	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Unidad de Participación Ciudadana

Perspectiva Procesos internos

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazador	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
P1: Fortalecer la calidad y seguridad de la atención clínica, promoviendo una cultura institucional centrada en la mejora continua de los procesos asistenciales.	P1.1 Características obligatorias cumplidas según estándar de acreditación	Porcentaje de características obligaterias cumplidas según estándar de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada.	(Número de características obligatorias cumplidas en período t / Número total de características obligatorias en período t) x 100	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Calidad y Seguridad del Paciente, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera, Subdirección de Gestión de Personas.
	P1.2 Cumplimiento del Plan de prevención y control de Infecciones asociadas a la atención de salud según Balanced Scorecard	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud según Balanced Scorecard	(Número de actividades realizadas del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en período t /Número total de actividades programadas del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en período t) x 100	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera, Subdirección de Gestión de Personas.

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazador	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
P2: Incrementar la eficiencia operativa, optimizando procesos internos alineados con la gestión clínica y sus resultados, destacando el concepto de producción como eje de una gestión ágil y sostenible.	P2.1 Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) inlier de la casuística global anual	Comparación del índice de estancia media ajustada (IEMA) inlier global con la línea base.	(Estancia media hospitalaria observada en período t / Estancia media hospitalaria esperada en período t)	2024: Mantener IEMA global 2025: Disminuir ≥ 0.01 desde línea base (año anterior) 2026: Disminuir ≥ 0.01 desde línea base (año anterior) 2027: Disminuir ≥ 0.01 desde línea base (año anterior)	Anual	Subdirección de Gestión Clínica, Gestión de la Demanda, Departamento de Cuidados Medios MQ, Departamento Área Quirúrgica, Departamento Emergencia Hospitalaria, Departamento Área Crítica, Departamento Especialidades Médicas.
	P2.2 Cantidad de pacientes outlier superior de la casuística anual	Porcentaje de casos outliers superiores respecto al total de egresos.	(Número total de egresos outliers superiores en período t /Número total de egresos en período t) x100	2024: Mantener ≤ 5% 2025: Mantener ≤ 4,8% 2026: Mantener ≤ 4,5% 2027: Mantener ≤ 4,3%	Anual	Subdirección de Gestión Clínica, Gestión de la Demanda, Departamento de Cuidados Medios MQ, Departamento Área Quirúrgica, Departamento Emergencia Hospitalaria, Departamento Área Crítica, Departamento Especialidades Médicas.

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazador	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
P3: Fortalecer el rol asistencial, docente e investigador del hospital, promoviendo la generación de conocimiento aplicado a la salud pública y la formación de nuevas generaciones de profesionales y técnicos.	**P3.1 Cumplimiento de la medición de pauta de supervisión de prácticas relevantes de alumnos de pregrado**	Porcentaje de pautas de prácticas de supervisión aplicadas a los alumnos de pregrado	(Número de pautas aplicadas a los alumnos de pregrado en periodo t/ Número total de alumnos de pregrado en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 50% 2026: ≥ 75% 2027: ≥ 95%	Mensual	Dirección, Departamento de formación, Investigación y docencia
	P3.2 Realizar un plan de desarrollo de proyectos de innovación y/o vinculación con el medio, con establecimientos de educación superior a través de convenio asistencial docente, y ejecución según cronograma	Creación de un plan de proyectos de innovación y/o vinculación con el medio con establecimientos de educación superior con convenio asistencial docente aprobado mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Departamento de formación, Investigación y docencia
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de proyectos de innovación y/o vinculación con el medio con establecimientos de educación superior con convenio asistencial docente	(Número de actividades programadas realizadas del cronograma del plan de proyectos de innovación y/o vinculación con el medio con establecimientos de educación superior con convenio asistencial docente en periodo t/ Número de actividades programadas del cronograma del plan de proyectos de innovación y/o vinculación con el medio con establecimientos de educación superior con convenio asistencial docente en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Departamento de formación, Investigación y docencia
	P3.3 Desarrollo de nuevos proyectos de investigación aprobados por dirección	Porcentaje de nuevos proyectos de investigación aprobados por dirección	(Número de proyectos de investigación aprobados por dirección en periodo t/Número de proyectos de investigación aprobados por dirección en periodo t-1) x 100	2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Aumento ≥ 10% desde línea base (año anterior) 2026: Aumento ≥ 10% desde línea base (año anterior) 2027: Aumento ≥ 10% desde línea base (año anterior)	Anual	Dirección, Departamento de formación, Investigación y docencia. Unidad de investigación.

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazador	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
P4: Fortalecer los sistemas de información mediante la integración, interoperabilidad, accesibilidad y seguridad de los datos, impulsando la innovación en salud digital, promoviendo el desarrollo tecnológico, el registro clínico y administrativo avanzado.	**P4.1 Número de sistemas clave del hospital integrados e interoperables**	Porcentaje de sistemas de información clave del hospital integrados e interoperables	(Número de sistemas de información clave del hospital integrados e interoperables en periodo t/Número total de sistemas clave de información del hospital en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 30% 2026: ≥ 50% 2027: 100%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera. Departamento de Tecnologías de la información.
	P4.2 Desarrollo de un sistema de planificación de recursos empresariales (ERP)	Porcentaje de implementación de actividades priorizadas o hitos definidos en el plan de desarrollo del ERP.	(Número de actividades priorizadas implementadas del plan de desarrollo del ERP en periodo t / Número de actividades priorizadas programadas del plan de desarrollo del ERP en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 30% 2026: ≥ 50% 2027: 100%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera. Departamento de Tecnologías de la información. Departamento de Finanzas. Departamento de Abastecimiento.

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazador	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
P5: Desarrollar sistemas de control de gestión y auditoría, promoviendo la evaluación constante de procesos y resultados para garantizar la transparencia, eficiencia y sostenibilidad financiera.	**P5.1 Cumplimiento de los requisitos establecidos para los establecimientos autogestionados en red según Balanced Scorecard**	Porcentaje de cumplimiento de los articulados del balanced scorecard	(Número de articulados cumplidos en periodo t / Número total de articulados en periodo t) x 100	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Unidad de Control de Gestión, Unidad de Auditoría, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección Administrativa, Subdirección de Gestión de Personas
		Puntaje máximo aplicable a la institución del Balanced Scorecard	(Puntaje máximo aplicable obtenido del balanced scorecard en periodo t/Puntaje máximo aplicable del balanced scorecard en periodo t) x 100	2024: ≥ 75% 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 85% 2027: ≥ 90%	Anual	Dirección, Unidad de Control de Gestión, Unidad de Auditoría, Subdirección de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección Administrativa, Subdirección de Gestión de Personas
	P5.2 Cumplimiento del Plan Anual de Auditoría	Porcentaje de cumplimiento del plan anual de auditoría	(Número de actividades programadas realizadas del plan anual de auditoría en periodo t/Número de actividades programadas del plan anual de auditoría en periodo t) x 100	2024: 100% 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Unidad de Auditoría.
	P5.3 Realiza un plan de trabajo de auditoría clínica y ejecución según cronograma	Creación del plan de trabajo de auditoría clínica mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: Si	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Unidad de Auditoría.
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de trabajo de auditoría clínica	(Número de actividades programadas realizadas del cronograma del plan de trabajo de auditoría clínica en periodo t/ Número de actividades programadas del cronograma del plan de trabajo de auditoría clínica en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Unidad de Auditoría.

Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Formula	Meta	Seguimiento	Responsable
A1: Fomentar un entorno laboral saludable y colaborativo, promoviendo el bienestar integral del personal, la salud mental y la prevención de riesgos psicosociales, como pilares fundamentales de la cultura y el clima organizacional, impactando en la gestión del ausentismo laboral.	**A1.1: Realizar una Política de promoción del bienestar integral del funcionario y ejecución según cronograma**	Creación de la política aprobada mediante Resolución exenta.	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Unidad de Salud del Trabajador, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Calidad de Vida (Prevención de Riesgos, Cuidados Infantiles, Bienestar)
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la política de bienestar integral del funcionario	(Número de actividades programadas realizadas de la política de bienestar integral del funcionario en periodo t/ Número de actividades programadas de la política de bienestar integral del funcionario en periodo t) x100	2024: N/A 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 80% 2027:≥ 80%	Anual	Dirección, Unidad de salud del trabajador,Subdirección de Gestión de Personas, Departamento de calidad de vida (Prevención de riesgos, Cuidados Infantiles, Bienestar)
	A1.2: Índice de Ausentismo Laboral	Porcentaje de acciones implementadas del Plan de Abordaje del Ausentismo con enfoque biopsicosocial.	(Número de acciones planificadas implementadas del plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial en periodo t/ Número de acciones planificadas del plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 80% 2027:≥ 80%	Anual	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
		Número de días disminuidos del índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa (LMC) respecto a lo observado en el año anterior.	(Índice ausentismo laboral LMC año t) (Índice Ausentismo Laboral LMC en el mismo periodo año t-1)	2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: Disminuir ≥ 2 días desde línea base (año anterior) 2026: Disminuir ≥ 2 días desde línea base (año anterior) 2027: Disminuir ≥ 2 días desde línea base (año anterior)	Anual	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
A2: Impulsar el desarrollo del liderazgo, fortaleciendo el trabajo en equipo, la formación continua y las competencias estratégicas que aporten a la excelencia operativa y al crecimiento institucional.	**A2.1: Elaboración de un programa continuo de liderazgo institucional y ejecución según cronograma**	**Creación de un Programa Continuo de Liderazgo aprobado mediante Resolución exenta.**	**Dicotómico**	**Primer cuatrimestre 2025: SI**	**Primer cuatrimestre 2025**	**Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Gestión del Cambio**
		Porcentaje de jefaturas que se capaciten a través del programa continuo de liderazgo institucional	**(Número de jefaturas capacitadas en programa continuo de liderazgo institucional en periodo t/Número de jefaturas en periodo t) x100**	**2024: N/A 2025: ≥ 50% 2026: ≥ 80% 2027: 100%**	**Anual**	**Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Gestión del Cambio**

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
A3: Promover la gestión del talento humano, impulsando estrategias de desarrollo profesional y reconocimiento, optimizando los procesos críticos del ciclo de vida laboral, incluyendo el reclutamiento, selección e inducción del personal.	**A3.1 Realizar una Política de desarrollo de las personas y ejecución según cronograma**	**Creación de una Política de Desarrollo de las Personas aprobada mediante Resolución exenta.**	**Dicotómico**	**SI**	**Anual 2025**	**Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Gestión del Cambio**
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la política de desarrollo de las personas	**(Número de actividades programadas realizadas de la política de desarrollo de las personas en periodo t /Número de actividades programadas de la política de desarrollo de las personas en periodo t) x100**	**2024: N/A 2025: N/A 2026: ≥ 80% 2027:≥ 80%**	**Anual**	**Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Gestión del Cambio**

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
A4: Establecer mecanismos efectivos de diálogo y colaboración, fortaleciendo la relación entre trabajadores, asociaciones gremiales y el equipo directivo, asegurando un clima organizacional transparente y participativo.	**A4.1 Realizar una política de diálogo y comunicación institucional y ejecución según cronograma**	Creación de una Política de diálogo y comunicación institucional aprobada mediante Resolución exenta.	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: Si	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Unidad de Comunicaciones.
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la política de diálogo y comunicación institucional.	(Número de actividades programadas realizadas de la política de diálogo y comunicación institucional en periodo t/Número de actividades programadas de la política de diálogo y comunicación institucional en periodo t) x100	2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, Unidad de Comunicaciones.
	A4.2 Realizar un plan de trabajo gremial y ejecución según cronograma	Creación de un Plan de trabajo gremial aprobado mediante Resolución exenta.	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: Si	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de trabajo gremial	(Número de actividades programadas realizadas del plan de trabajo gremial implementadas en periodo t/Número de actividades programadas del plan de trabajo gremial en periodo t) x100	2024: N/A 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 80% 2027: ≥ 80%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
A5: Fortalecer las relaciones colaborativas entre funcionarios, promoviendo una cultura organizacional basada en el respeto mutuo y el buen trato.	**A5.1 Realizar un Plan de trabajo de Ley Karin y ejecución según cronograma**	Porcentaje de ejecución de estrategias según cronograma del plan de trabajo de Ley Karin	(Número de estrategias programadas realizadas del plan de trabajo de Ley Karin en periodo t/Número de estrategias programadas del plan de trabajode Ley Karin en periodo t) x100	2024: N/A 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 80% 2027: ≥ 80%	Anual	Dirección, Unidad de Jurídica, Unidad de Salud del trabajador, Unidad de Comunicaciones,Departamento de Calidad de Vida, Unidad de Capacitación, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
		Porcentaje de disminución de denuncias por Ley Karin	(Número de denuncias por Ley Karin en periodo t/Número total de denuncias en periodo t) x 100	2024: N/A (establecimiento línea base) 2025: ≥ 5% respecto a línea base (año anterior) 2026 : ≥ 5% respecto a línea base (año anterior) 2027: ≥ 5% respecto a línea base (año anterior)	Anual	Dirección, Unidad de Jurídica.
	A5.2 Cumplimiento de plazos legales de respuesta a las denuncias por Ley Karin	Porcentaje de denuncias respondidas dentro del período estipulado por ley	(Número de denuncias respondidas dentro del plazo legal en periodo t/Número de denuncias en periodo t) x100	2024: N/A 2025: ≥ 70% anual 2026: ≥ 80% anual 2027: ≥ 90% anual	Anual	Dirección, Unidad de Jurídica.

Perspectiva Financiera

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Formula	Meta	Seguimiento	Responsable
F1: Planificar el presupuesto hospitalario, asegurando una gestión administrativa eficiente de los recursos y su correcta ejecución	**F1.1 Ejecución presupuestaria en relación al presupuesto establecido**	Porcentaje de ejecución presupuestaria en relación al presupuesto establecido	(Monto del gasto ejecutado en presupuesto establecido en periodo t / Presupuesto establecido en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 99% 2026: ≥ 99% 2027: ≥ 99%	Anual	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
	F1.2 Realizar una Política de cobranza y ejecución según cronograma	Creación de una Política de cobranza aprobada mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: Si	Primer cuatrimestre 2025	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la Política de cobranza	(Número de actividades programadas realizadas de la política de cobranza en periodo t / Número de actividades programadas de la política de cobranza en periodo t) x100	2024: N/A 2025: ≥ 80% 2026: ≥ 80% 2027:≥ 80%	Anual	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera

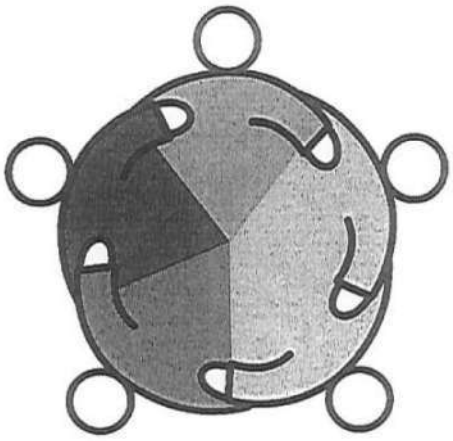
Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Formula	Meta	Seguimiento	Responsable
F2: Impulsar la gestión financiera del equipo humano, optimizando la distribución y programación del personal para responder eficazmente a las necesidades asistenciales.	**F.2.1 Estimación presupuestaria respecto del gasto ejecutado para los ítem Honorarios SA, Suplencia, Reemplazos y Horas Extraordinarias**	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado para los ítem Honorarios SA, Suplencia, Reemplazos y Horas Extraordinarias	((monto de gasto total ejecutado ítem Honorarios SA, Suplencia, Reemplazos y Horas extraordinarias mes t - monto de gasto total estimado ítem Honorarios SA, Suplencia, Reemplazos, Horas Extraordinarias mes t) / monto de gasto total estimado ítem Honorarios SA, Suplencia, Reemplazos y Horas extraordinarias mes t) x 100	-5% < X ≤ 5% Mensual	Mensual	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
	F.2.2 Realizar un estudio de dotación con enfoque técnico financiero	Creación de un plan de implementación de estudio de dotación con enfoque técnico financiero aprobado vía Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
		Porcentaje de unidades con estudio de dotación con enfoque técnico financiero	(Número de unidades con estudio de dotación realizado en período t / Número de unidades en período t) x 100.	2024: N/A 2025: ≥ 50% 2026 ≥ 75% 2027: 100%	Anual	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Fórmula	Meta	Seguimiento	Responsable
F3: Optimizar el control y **la gestión de compras, almacenamiento y distribución de recursos,** implementando sistemas eficientes y transparentes que aseguren la disponibilidad oportuna y el uso racional de los insumos.	**F3.1 Realizar un plan de mejora del sistema de costeo para la toma de decisiones eficientes y ejecución según cronograma**	Creación de una política de costeo de cartera de prestaciones aprobado mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en la política de costeo de la cartera de prestaciones	(Número de actividades programadas realizadas de la política de costeo de la cartera de prestaciones en periodo t / Número de actividades programadas de la política de costeo de la cartera de prestaciones en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: 100% 2026: 100% 2027: 100%	Anual	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera
	F.3.2 Compras vía trato directo	Porcentaje de compras vía trato directo en relación al total de compras	(Número de Compras vía trato directo dentro en periodo t/ Número total de compras en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≤ 10% 2026: ≤ 9% 2027: ≤ 8%	Anual	Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera. Departamento de Abastecimiento.

Objetivo Estratégico	Indicador	Trazadora	Formula	Meta	Seguimiento	Responsable
F4: Mantener y desarrollar proyectos de infraestructura y equipamiento tecnológico, alineados con las necesidades actuales y futuras de los usuarios y el personal.	F.4.1 Realizar un Plan de trabajo para el desarrollo de proyectos de Infraestructura y ejecución según cronograma	Creación de un Plan de trabajo para el desarrollo de proyectos de Infraestructura aprobado mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Subdirección Administrativa y Financiera, Departamento de recursos físicos
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de trabajo para del desarrollo de proyectos de Infraestructura	(Número de actividades programadas realizadas del plan de trabajo para del desarrollo de proyectos de infraestructura en periodo t / Número de actividades programados del plan de trabajo para del desarrollo de proyectos de infraestructura en periodo t) x100	2024: N/A 2025: N/A 2026: ≥ 90% 2027:≥ 90%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera, Departamento de recursos físicos
	F4.2 Realizar un Plan de mejoramiento del equipamiento tecnológico y ejecución según cronograma	Creación de un Plan de mejoramiento del equipamiento tecnológico aprobado mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera, Departamento de Tecnologías de la información, Departamento de recursos físicos
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de mejoramiento del equipamiento tecnológico	(Número de actividades programadas realizadas del plan de mejoramiento tecnológico en periodo t / Número de actividades programados del plan de mejoramiento tecnológico en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: ≥ 90% 2026: ≥ 90% 2027:≥ 90%	Anual	Dirección, Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera, Unidad de Proyectos, Departamento de Tecnologías de la información, Departamento de recursos físicos
	F.4.3 Realizar un Plan de proyectos pre inversionales y ejecución según cronograma	Creación de un Plan de proyectos pre inversionales aprobado mediante Resolución exenta	Dicotómico	Primer cuatrimestre 2025: SI	Primer cuatrimestre 2025	Dirección, Unidad de Proyectos
		Porcentaje de cumplimiento del cronograma contenido en el plan de proyectos pre inversionales	(Número de actividades programadas realizadas del plan de proyectos pre inversionales en periodo t / Número de actividades programados del plan de proyectos pre inversionales en periodo t) x 100	2024: N/A 2025: N/A 2026: ≥ 90% 2027:≥ 90%	Anual	Dirección, Unidad de Proyectos

Comité Planificación Estratégica 2024-2027
Hospital de Urgencia Asistencia Pública

Este proceso contó con la colaboración de todo el equipo directivo del hospital: director, subdirectores/as, supervisores/as, coordinadores/as, representantes de asociaciones de trabajadores/as, exdirectores/as, exsubdirectores/as, exjefaturas de servicio, decanos de universidades en convenio y proveedores.



Posta Central

Más de un Siglo de Historia, Construyendo el Futuro Juntos

Este documento fue elaborado por la Mesa Técnica de Planificación Estratégica del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, compuesta por:

- Dra. Leyla Chaban Carrasco. Coordinadora Mesa Técnica, Jefatura Unidad de Epidemiología Clínica.
- Soledad Urrutia Gutiérrez. Jefatura Unidad de Control de Gestión, Departamento de Planificación y Control de Gestión.
- Dra. Francisca Arenas Concha. Unidad de Control de Gestión, Departamento de Planificación y Control de Gestión.
- Evelyn Cáceres Burrows. Jefatura Participación Ciudadana. Departamento de Planificación y Control de Gestión.
- Sebastián Velásquez Núñez. Periodista, Unidad de Comunicaciones y Relaciones Públicas.

II.TÉNGASE PRESENTE la vigencia de esta Planificación a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que la señalada *"Planificación Estratégica 2024 - 2027"*, debe ser la que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

DR. PATRICIO BARRIA AILEF
DIRECTOR
HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

SPUG

Distribución:

1. Dirección HUAP
2. Subdirección de Gestión Clínica HUAP
3. Subdirección de Gestión del Cuidado HUAP
4. Subdirección de Administrativa y Financiera HUAP
5. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas HUAP
6. Asesoría Jurídica HUAP
7. Departamento Planificación y Control de Gestión HUAP
8. Oficina de Partes HUAP

Transcrito Fielmente
Ministro de Fe