

PLAN ESTRATÉGICO 2022-2025

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN



SIGUENOS



www.hcsba.cl



Julio de 2022

INDICE

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

Capítulo 2. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

2.1 El Hospital Clínico San Borja Arriarán en la Actualidad.

2.2 Políticas Institucionales.

1. Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas.
2. Política de Gestión Clínica Administrativa
3. Políticas de Auditoría Interna.
4. Política y Plan de Acción de Gestión Presupuestaria, Financiera y Contable.
5. Políticas en Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

Capítulo 3. CONTEXTO DEL PROCESO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

3.1 Marco Conceptual

3.2 Definiciones Estratégicas

1. Misión
2. Visión
3. Valores

3.3 Análisis de Contexto

1. Fortalezas
2. Debilidades
3. Amenazas
4. Oportunidades

3.4 Determinación de Objetivos Estratégicos.

3.5 Mapa Estratégico.

3.6 Plan Estratégico.

3.7 Implementación de la Estrategia 2022-2023

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta de los resultados obtenidos durante la ejecución del proyecto: ***“Formulación del Plan Estratégico del Hospital Clínico San Borja Arriarán”***.

Este proyecto se inscribe en el contexto de atender los desafíos en la atención de salud y las necesidades de nuestros usuarios, que oriente el quehacer institucional en los próximos años.

Para estos efectos en el Hospital Clínico San Borja Arriarán se desarrolló un trabajo de Planificación Estratégica que tuvo como característica principal ser un proceso participativo y reflexivo. Con la participación de sus funcionarios/as en diversas jornadas y talleres grupales se desarrolló un análisis guiado sobre la nueva postura estratégica del HCSBA, que permitió consensuar nuevas definiciones en el marco de los desafíos para la gestión del periodo 2022-2025. Las proposiciones resultantes fueron revisadas por el comité directivo de la institución y validadas en una jornada ampliada con representantes del Hospital.

El presente documento, tiene por objetivo poner a disposición de los equipos de trabajo, y de la ciudadanía, el detalle del Ideario Institucional y las estrategias que constituyen el Plan Estratégico 2022-2025 del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

A partir de este Plan Estratégico, cada Subdirección deberá conformar las respectivas Planificaciones Operativas que permitan dar cumplimiento a los objetivos y metas planteadas para estos 4 años, las que serán monitoreadas periódicamente por la Dirección del Hospital.

Este informe ha sido estructurado en cuatro capítulos, correspondiendo el primero a la presente Introducción. El segundo capítulo da cuenta de antecedentes relevantes del Hospital. En el tercer capítulo se proporcionan algunas consideraciones metodológicas respecto de la planificación estratégica, las que sirven de sustento a los resultados obtenidos que se describen en el cuarto y último capítulo, resultados que se presentan precedidos por una resumida explicación, y que corresponden a la Misión, la Visión, los Valores, los Objetivos Estratégicos y el Mapa Estratégico; todos ellos para el periodo 2022-2025.

2. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

El actual Hospital nace de la fusión de dos grandes e históricos Hospitales como fueron el Hospital San Francisco de Borja y el Hospital Manuel Arriarán. El primero comenzó a funcionar el año 1772, en una gran casona emplazada en lo que hoy son las calles Alameda con Dieciocho. En sus inicios contaba con 20 camas y un solo médico y daba atención exclusiva a las mujeres.

Dadas las necesidades sanitarias de la época, se traslada en 1847 a Alameda entre Portugal y Av. Vicuña Mackenna. A mediados de los años 70, sus grandes terrenos son vendidos a privados y se inicia la construcción de un nuevo hospital en los terrenos del Hospital de Niños Manuel Arriarán que se había iniciado el año 1910, con una importante donación del filántropo Don Manuel Arriarán.

A inicios de 1976 el San Borja se traslada a un edificio inconcluso y es denominado, por las autoridades de la época como Hospital Paula Jaraquemada. Entre 1983 y 1989 fue administrado por Corporaciones Privadas. El año 1990 pasa a llamarse Hospital Clínico San Borja Arriarán. Adosado al Hospital, el año 1998 entra en funcionamiento el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) que alberga las atenciones de policlínico de los pacientes.

El año 2002 que cambia nuevamente su nombre y se denomina Complejo de Salud San Borja Arriarán. El año 2011 retoma el nombre de Hospital Clínico San Borja Arriarán, con el fin de relevar la relación asistencial docente de este Centro de Salud.

2.1 EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN EN LA ACTUALIDAD

El Hospital Clínico San Borja Arriarán es un establecimiento autogestionados en red del sistema público de salud. Con 249 años de trayectoria asistencial y de docencia, es parte de la historia de la salud chilena.

Es el hospital base de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Central, que brinda atenciones en salud ambulatoria y de hospitalización de alta complejidad. Posee más de 30 servicios clínicos y cuenta con más de 50 especialidades, urgencia infantil, una de las principales maternidades de la capital y con una dotación de 503 camas disponibles para la red.

La población usuaria pertenece a las comunas de Santiago, Estación Central, Maipú y Cerrillos. Pero también somos centro de referencia nacional en varias especialidades, recibiendo pacientes de Arica a Punta Arenas según mapa de derivación Ministerial.

La población asignada es de más de un millón de personas y de cerca de 600 mil inscritas en la Atención Primaria, de las que un 57% corresponden a mujeres y el 43% a hombres, sumándose además una población migrante que va en aumento.

El hospital representa uno de los pilares en la formación de los profesionales y técnicos de las nuevas generaciones, a través de los convenios docentes que hoy tenemos con 14 centros formadores.

En 2014 fue acreditado por tres años, cumpliendo con las Garantías Explícitas en Salud, y en 2018 fue re acreditado por tres años más.

2.2 POLÍTICAS INSTITUCIONALES

1. *Política de Gestión y Desarrollo de las Personas*

- En ausencia de una política local de Gestión y Desarrollo de las Personas, el HCSBA adhiere a la Política del Servicio de Salud Metropolitano Central en la materia.
- Para estos efectos el Hospital Clínico San Borja Arriarán adhiere Resolución Exenta n°527 de fecha 06 de marzo 2020, referente a que se aprueba complementación de Plan Estratégico del HCSBA para los años 2019 al 2021.
- Elabórese una Política de Gestión y Desarrollo de las Personas propia del HCSBA en la planificación del año 2023.
- Manténgase el plan de acción aprobado en el año 2021 y désele continuidad para el año 2022, a través de **Ex. N°3257**

El plan de acción que acompaña a la referida Resolución Exenta es el siguiente:

Plan de acción: Políticas de Gestión y Desarrollo de las Personas								
N°	Directrices o políticas específicas	Lineamiento estratégico HCSBA	Meta	Responsables	Acciones	Indicadores de logro	Plazo	Resultado esperado
1	Reclutamiento y Selección de Personas	Calidez y Calidad de Vida Laboral	El 100% de las contrataciones que realiza el hospital, responden a un proceso formal de Reclutamiento y Selección	SDGDP	Formalización del Procedimiento Administrativo de Reclutamiento y Selección	Resolución Exenta que formaliza Procedimiento Administrativo de Reclutamiento y Selección HCSBA	31 de diciembre del 2022	Los contratos del año 2019 en adelante, vienen de este proceso de selección. La excepción solo la autoriza el Director
2	Inducción	Calidez y Calidad de Vida Laboral	El 100% del personal contratado recibe el programa de Inducción	SDGDP	Se formalizará Resolución que aprueba Plan de Inducción Institucional HCSBA	Resolución Exenta que formaliza Plan de Inducción 2019	31 de diciembre del 2022	Todos los trabajadores con proceso de inducción realizado e integrados al trabajo HCSBA
3	Gestión de la Capacitación	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Personal capacitado de acuerdo a lo definido en PAC	SDGDP	Formalización del Plan Anual de Capacitación por parte del Comité Bipartito	100% ejecución del PAC	31 de diciembre del 2022	Los Funcionarios participando activamente del programa de capacitación de acuerdo al interés institucional.
4	Gestión del Desempeño	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Reformulación del proceso de Evaluación de Desempeño	SDGDP	Realizar un trabajo participativo para redefinir los objetivos en función al desarrollo de talentos dentro de la institución	Formulación de nuevo Procedimiento para la Evaluación de Desempeño para Funcionarios del HCSBA	31 de diciembre del 2022	Se dispondrá de un sistema que permita gestionar el desempeño de todos los funcionarios del HCSBA con el fin de guiar el desarrollo de competencias en función a los objetivos institucionales
5	Desarrollo de personas, carrera, movilidad interna y promoción	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Todos los procesos de Carrera Funcionaria, ejecutados de acuerdo a las directrices del SSMC	SDGDP	Informar y asesorar de manera oportuna de todos los procesos de la Carrera Funcionaria a toda la comunidad	100% de los procesos anuales ejecutados	31 de diciembre del 2022	Se velará por la correcta movilidad interna asegurando el buen funcionamiento de la institución
6	Ambientes laborales y calidad de vida laboral	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Establecer actividades que fortalezcan el Clima Laboral	SDGDP	Desarrollar Plan anual de actividades, para el mejoramiento de la Calidad de Vida Laboral de todos los Funcionarios HCSBA	100% de las actividades comprometidas ejecutadas	31 de diciembre del 2022	HCSBA contará con ambientes laborales saludables, que propicien y potencien la motivación, satisfacción y compromiso con el trabajo y la institución.
7	Rol de jefaturas	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Todos los profesionales que ejerzan labores de jefatura, deberán tener formación en Competencias Directivas y Liderazgo	SDGDP	Incorporar en el PAC actividades de formación de Competencias Directivas y Liderazgo para el 100% de las jefaturas	100% de jefaturas capacitadas en temáticas de competencias directivas y liderazgo	31 de diciembre del 2022	Todos los funcionarios que ejercen labores de jefatura habrán desarrollado las competencias necesarias para conducir equipos en función a los objetivos estratégicos de la institución
8	Relaciones laborales	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Establecer canales formales de diálogo y participación con las asociaciones gremiales	SDGDP	Formalizar calendario de actividades permanentes con las asociaciones gremiales	90% de cumplimiento de la calendarización	31 de diciembre del 2022	El equipo directivo se relaciona de manera colaborativa, diálogo permanente en post de generar una cultura de participación en materias de interés mutuo con las Asociaciones Gremiales
9	Egreso de personas	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Disponer de procesos establecidos para el egreso de	SDGDP	Desarrollo de una política interna	Desarrollo a implementación de política	31 de diciembre del 2022	Se realizará un proceso de acompañamiento a la persona que egresa de la institución, asegurando una transición armoniosa a fin

			de la institución a fin de evitar que se vean afectados los procesos internos de la Institución					
10	Inclusión, diversidad y no discriminación	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Fomentar e impulsar el valor de la diversidad, inclusión y no discriminación.	SDGDP	Generar Protocolo para la Diversidad, Inclusión no discriminación	Protocolo formalizado	31 de diciembre del 2022	Se evidenciará el compromiso institucional en el fomento e impluso al valor de la diversidad, inclusión y no discriminación.
11	Buen trato laboral	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Realizar activa promoción del buen trato, potenciando las condiciones y un clima laboral saludable, apuntando a la mejora de la calidad de vida laboral	SDGDP	1. Generar protocolo de Prevención de MALYS 2. Protocolo de denuncias	100% de protocolos formalizados	31 de diciembre del 2022	HCSBA contará con ambientes laborales saludables, que propicien y potencien la motivación, satisfacción y compromiso con el trabajo y la institución.
12	Salud, seguridad y prevención de riesgos	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Disponer de un sistema integral de atención de salud dirigido a los funcionarios del HCSBA, con atención en la promoción, prevención, curación y rehabilitación.	SDGDP	Desarrollar programa anual de Salud, Seguridad y Prevención de Riesgos	Programa ejecutado con el 100% de las actividades desarrolladas	31 de diciembre del 2022	Se habrán generado las condiciones para mantener o recuperar la salud integral del funcionario en post de la continuidad asistencial y la calidad de vida laboral.
13	Remuneración	Calidez y Calidad de Vida Laboral	Establecer controles estandarizados a todos los procesos que incluyan la cancelación de remuneraciones	SDGDP	1. Realizar revisión permanentes a todos los procesos de remuneraciones 2. Capacitación a Funcionarios sobre Remuneraciones y Personal	Reporte mensual de resultados Asistencia de funcionarios	Mensual Trimestral	Reducir progresivamente la cantidad de errores en el pago de remuneraciones

2. Política de Gestión Clínica Administrativa

La institución declara dentro de sus ejes estratégicos su compromiso con la excelencia, la calidad, la innovación y el desarrollo tecnológico y en particular luego del impacto de la pandemia sumado al siniestro que quemó gran parte de nuestras dependencias ambulatorias que generó nuevos desafíos para la reconstrucción y sobre todo el proyecto de un nuevo establecimiento, teniendo en cuenta estas premisas y basado en este nuevo escenario sanitario y estructural el Hospital San Borja Arriarán centrará su gestión en la mejora continua; con revisión de sus procesos buscando la eficiencia operacional, la estandarización de procesos clínicos y su coordinación con los sistemas de apoyo clínicos como administrativos, logrando así la vinculación de las unidades, servicios, y/o departamentos involucrados en los procesos de producción de la institución con el fin de entregar en forma eficiente y con la calidad necesaria las prestaciones brindadas en la institución.

La gestión de los cuidados progresivos, centralización de las camas, el adecuado uso de los pabellones, el registro oportuno y de calidad de las actividades y/o prestaciones entregadas a los usuarios en los distintos sitios de atención ya sea cerrada o abierta en forma física o digital permitirá evidenciar el uso real de los recursos asociados a la labor asistencial, permitiendo realizar una programación de las actividades con los respectivos insumos, fármacos y/o tecnología necesaria y así establecer un uso eficiente de los recursos financieros asignados a los establecimientos autogestionados según sus compromisos de gestión generados anualmente que se encuentran alineados a los objetivos establecidos desde el nivel central como de la red del SSMC. En consecuencia, a lo expuesto las políticas y/o estrategias clínico Administrativas consideraran los siguientes aspectos:

- Se establecerá la planificación anual de actividades de acuerdo con la cartera de servicios, presupuesto y orientaciones del gestor de la red.
- La distribución de las horas médicas estará orientada hacia la satisfacción de la demanda asistencial y de los compromisos de gestión institucional o central dando énfasis en resolver las garantías GES así como las LEE y Quirúrgica, con esta metodología de programación se realiza el cálculo de las actividades que debe cumplir un profesional de acuerdo con sus horas contratadas y los requerimientos de la especialidad, aplicando criterios técnicos y administrativos previamente definidos por OOTT.

- Se estimará la brecha de RR.HH. de acuerdo con la cartera de servicio, lista de espera y oferta existente para asegurar la continuidad y calidad de atención al paciente.
- La planificación de la resolución de las intervenciones quirúrgicas será realizada por el Comité de Pabellones constituido por el gestor de pabellones, los jefes de servicios quirúrgicos y con el Departamento asociado a la gestión cumplimiento de los compromisos y preparación de los pacientes, este equipo entregará la propuesta de tabla operatoria electiva previo a la cirugía según lo establecido por el comité en cuestión.
- La Revisión, actualización y realización de las gestiones para la generación de la cartera de prestaciones de los servicios o unidades y la acreditación de prestaciones según las directrices institucionales y establecidos por el seguro público.
- Dar a Conocer, priorizar y gestionar la resolución de las listas de espera quirúrgicas, de consultas y procedimientos GES y No GES de los servicios clínicos encabezados por la Subdirección Asistencial y/o Médica.
- Los equipos clínicos serán los encargados de la elaboración de planes de mejora tendientes a perfeccionar, optimizar o corregir la calidad y seguridad de las atenciones en los servicios o unidades.

- El establecimiento tendrá guías clínicas de referencia y contra-referencia para diversas patologías las que serán difundidas, aplicadas, evaluadas y controladas en conjunto con el gestor de la Red.
- El hospital optimizará la coordinación en red y la oferta de camas críticas y/no críticas, completando la dotación de RR.HH. y de equipamiento a través de la presentación de proyectos de inversión y/o solicitud de financiamiento a las fuentes que corresponda.
- La institución trabajará en la generación de las normas, protocolos y guías clínicas médicas, y No médicas para las patologías prevalentes con el objetivo de mejorar las prácticas clínicas en base a la MBE.
- Mantener espacios de reunión clínica y grupos técnicos de trabajo en temas específicos liderados por la Subdirección Asistencial y/o médica.
- La gestión de los reclamos, diseño de planes de mejora y supervisión de su cumplimiento será liderado por la Subdirección de atención del usuario que gestionará en conjunto con los facultativos médicos y /no médicos las

respuestas con el criterio de calidad y de oportunidad establecido por la entidad Ministerial.

- Dar cumplimiento con los estándares de mantención preventiva y correctiva de los equipos médicos que sustentaran los proyectos de inversión y/o de reposición de equipos según los presupuestos asignados.
- Establecer como meta institucional el cumplimiento de los indicadores de los “Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)” con un resultado superior al porcentaje mínimo establecido con énfasis en los artículos involucrados, los cuales dan cuenta e impulsan la sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión asistencial en red y calidad de la atención que, constituye una efectiva herramienta de gestión.
- Generar las estrategias clínico administrativas destinadas a cumplir con la ejecución y presupuesto asignado sustentado con el nuevo sistema de financiamiento GRD y con su correspondiente monitoreo de los recursos transferidos, generando los planes de mejora que involucre a todos los referentes asociados en la validación y/o invalidación de los egresos hospitalarios y/o cirugías involucradas, haciendo hincapié en reflejar aquellos ajustes tecnológicos que poseen financiamiento adicional.
- Establecer reuniones de trabajo con los distintos servicios clínicos para el registro adecuado de los antecedentes clínicos, lograr mejorar las estancias hospitalarias (outliers) la ambulatorización de procesos quirúrgicos todas estas gestiones sustentaran la complejidad de los egresos institucionales y por ende el PM GRD de la institución.
- Estimular la eficiencia en las compras en economía de escala con alianzas entre establecimiento y contener las compras por fuera de lo programado y utilizar las plataformas públicas de compra.

3. Política de Auditoría Interna

Es política del Hospital Clínico San Borja Arriaran:

- Ejecutar las auditorias que dispongan el Ministerio de Salud y el Director del establecimiento, en conformidad a sus directrices técnicas.
- Dar cumplimiento y evaluar el plan de auditoría anual y la planificación de las actividades propias del establecimiento.

Actividades de Auditoría Interna:

- Fortalecer la Función de Auditoría Interna.
- Asesorar al Director del establecimiento, en relación a la fiscalización, control y evaluación de las acciones que debe cumplir la institución en materia de orden asistencial, técnico, administrativo, financiero y patrimonial, incluidas en el campo de su competencia.
- Elaborar y proponer al Director, para su aprobación, el Plan de Auditoría, en el cual se contemplen los objetivos de control del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, los objetivos de Ministerio de Salud, de la Contraloría general de la República y los propios requerimientos emanados desde la Dirección del Establecimiento.
- Dar cumplimiento y evaluar el plan anual.
- Relacionarse con la Contraloría General de la República (C.G.R), según lo establecido en el Art.18º de la Ley Nº10.336 que textualmente señala “los Servicios objeto de fiscalización por parte de la Contraloría General de la República deberán organizar las oficinas especiales de control que determine este Organismo, en los casos y de acuerdo a la naturaleza y modalidades propias de cada entidad. Los contralores, inspectores, auditores o empleados de otras denominaciones que tengan a su cargo estas labores quedarán sujetos a la dependencia técnica de la Contraloría General de la República, y en casos de que aquellos funcionarios representen actos de sus jefes, estos no podrán insistir en su tramitación sin que haya previamente un pronunciamiento por escrito de ese Organismo favorable al acto.
- Coordinar la elaboración de los documentos que dan respuesta a los informes de auditorías de la Contraloría General de la república, así como de todo órgano externo al Servicio de Salud, cuando haga referencia a auditorías.
- Promover la coherencia de las políticas y actividades del Departamento con aquellas emanadas desde la Autoridad Presidencial, orientaciones del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (C.A.I.G.G), los Objetivos Gubernamentales de Auditoría, según los periodos definidos y respecto de otros organismos del Estado.

4. Política y Plan de Acción de Gestión Presupuestaria, Financiera y Contable.

La política de gestión presupuestaria, financiera y contable del Hospital Clínico San Borja Arriarán, están continuamente en revisión y actualización, en consideración a la normativa nacional y ministerial pertinente.

Dentro de sus prioridades se pueden establecer:

- Estar basada en el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado, SIGFE, como una plataforma informática que permite y controla la operación presupuestaria, financiera y contable, junto con la entrega oportuna de información, mediante un completo sistema de reportes en línea, lo que permite contar con la información necesaria para la toma de decisiones
- Cumplir estrictamente con el imperativo del registro y devengo oportuno, de los documentos y compromisos contraídos por el hospital, de manera tal que la Tesorería General de la República pueda pagar oportunamente a los proveedores, de acuerdo a la normativa vigente.
- Obtener el financiamiento necesario para su operación, principalmente mediante las transferencias de fondos realizadas bajo la normativa vigente, del Fondo Nacional de Salud, a través del Servicio de Salud Metropolitano Central, y también de la generación de recursos propios.
- Operar y velar de manera responsable, el cumplimiento de los presupuestos establecidos, llevando un estricto control del gasto, de manera de cumplir los compromisos financieros adquiridos por el hospital.
- Analizar permanentemente la información presupuestaria, financiera y contable del hospital, informando y entregando una orientación técnica completa a los niveles superiores de la organización, que les permitan tomar las mejores decisiones.

5. Políticas en Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

La Planificación y Control de Gestión es la definición de un sistema formal dentro del Hospital San Borja Arriarán, que da el marco en que se establece el soporte para las funciones de administrar y controlar que tiene la Dirección de nuestro Hospital, para la eficiente utilización de los recursos en pos del logro de los Objetivos encomendados como entidad Pública.

La planificación se refiere a lo encomendado y que se requiere lograr y el control se refiere a la medición de los alcances logrados.

Entendiendo la importancia de la gestión institucional, se hace necesario contar con este sistema de planificación y Control de gestión con el objetivo de establecer esta herramienta como un instrumento para la toma de decisiones, por medio del control y seguimiento de las actividades y /o los procesos institucionales, realizando los ajustes que sean necesarios para el logro de los objetivos planteados por los directivos de la institución. Estas acciones correctivas deben ser desarrolladas de manera oportuna, de tal forma de alinear a la organización en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos y políticas de la red asistencial, para solucionar los problemas de salud de nuestros usuarios y dar cumplimiento a los compromisos de gestión establecidos para los establecimientos Autogestionados.

El sistema de planificación y control de gestión deberá considerar al menos los siguientes elementos:

- Planificar la Gestión de acuerdo a los grandes lineamientos Ministeriales.
- Controlar lo Planificado.
- Definir y establecer Herramientas de Control de la Gestión.
- Procesamiento y levantamiento de datos.
- Emisión de Reportes y retroalimentación de resultados.
- Acompañamiento en la elaboración de planes de mejora.
- Evaluación de mejoras e intervenciones.

La Unidad de Control de Gestión del Hospital Clínico San Borja Arriarán dependiente del Departamento de Desarrollo Estratégico, será la responsable del funcionamiento del sistema de Planificación y de Control de Gestión.

Como etapas fundamentales de la organización, dichas funciones deben ser integradas transversalmente en la organización, por cada equipo de trabajo, Departamento, Servicio y/o Unidad, instalando una forma de gestión que apunte hacia la planificación

responsable de la actividad y también al control del cumplimiento de las metas definidas.

Para gestionar su cumplimiento se utilizarán las Herramientas de gestión como los indicadores de Autogestión y Metas Sanitarias aplicables a las Leyes 18.834, 19.664 y 20.707, además realizará monitoreo del cumplimiento de los COMGES asociados a nuestra Institución. Según el cumplimiento de los indicadores antes mencionados se deberán realizar planes de mejora tendientes a mejorar el cumplimiento de las metas asignadas para ellos, evaluando el impacto generado de la implementación de estas en el resultado final.

En relación a la función de Planificación, está enmarcada fundamentalmente por las orientaciones técnicas y metas institucionales, definidas por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Central, el instrumento que ordena la planificación local es el Plan Estratégico, basado en el Cuadro de Mando Integral del Ministerio de Salud para Hospitales Autogestionados en Red o Balance Scorecard para mantener la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red (EAR).

Respecto de la función de Control, la Unidad implementa los sistemas de información del sector salud, los cuales son fuente de datos e indicadores, que permiten realizar el monitoreo y evaluación de las metas definidas, dicha información, debe ser gestionada en dos niveles. El primero, denominado control de gestión de procesos clínicos y administrativos críticos, que está orientado a instalar esta función transversalmente en todos los niveles jerárquicos del hospital, el segundo nivel, denominado control de gestión de compromisos y metas institucionales, organiza el sistema de monitoreo y evaluación del hospital, en relación a las políticas actuales del Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Central, frente a los establecimientos hospitalarios y las redes asistenciales.

Una responsabilidad adicional es la de desarrollar e implementar métodos, herramientas e instrumentos técnicos de monitoreo, seguimiento, análisis y control de la gestión, contribuyendo en la toma de decisiones orientadas hacia la mayor eficacia y eficiencia de los distintos niveles de la organización, unificando y fortaleciendo los sistemas de control de Gestión en todos los ámbitos de desempeño organizacional, hasta lograr un cuadro de mando integral que dé cuenta de todos los indicadores de seguimiento y resultados, por los cuales el hospital será medido en un periodo definido.

transversal a toda la organización, y de esta forma, lograr más eficiencia en el logro de los resultados.

Dentro de las actividades específicas que se deberán llevar a cabo, por parte de la Unidad de Control de Gestión, son:

- Monitoreo Balance Scorecard, utilizando los medios o herramientas que el Ministerio de Salud defina para el control de la gestión, actualmente Cuadro de Mando Integral con plataforma web SIS-Q.
- Monitoreo Costeo de prestaciones a través de sistema SIGCOM y /o de los que requiera el equipo directivo según los proyectos La Unidad de Control de Gestión apoyará la Gestión de manera sistemática y planificados.
- Participar en los Comités que destine la Dirección del Establecimiento.
- Monitoreo Metas Sanitarias para funcionarios regulados por las Leyes 18.834, Ley 19.664 y Ley 15.076.
- Monitoreo Compromisos de Gestión entre nuestra Institución y el SSMC.
- Monitoreo GLOSA N° 4, seguimiento al análisis cuantitativo y cualitativo que se tenga.
- Retroalimentación al Director, Miembros de Consejo Directivo y Jefes de Unidades/Servicios, según corresponda, los resultados identificados.
- Apoyo permanente en tareas de Gestión Directiva y Estratégica, según lo requiera la Dirección.

3. CONTEXTO DEL PROCESO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

3.1 Marco Conceptual

La Planificación Estratégica es un proceso dinámico que desarrolla la capacidad de las organizaciones para fijarse un objetivo en forma conjunta y observar, analizar y anticiparse a los desafíos y oportunidades que se presentan, tanto con relación a la realidad interna como a las condiciones externas de la organización para lograr dicho objetivo.

La Planificación Estratégica debe ser entendida como un proceso participativo, que requiere respetar determinadas fases, así como una metodología propia; sin embargo, ello no implica que existan recetas o métodos infalibles. La planificación como proceso comprende diversas etapas: definir la misión y visión de la organización, establecer objetivos y metas, desarrollar supuestos acerca del entorno en que se desarrolla la organización, tomar decisiones respecto a las acciones a seguir, emprender las acciones elegidas, y finalmente evaluar la retroalimentación del desempeño para volver a planificar.

La Planificación Estratégica constituye una importante herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, que permite identificar el escenario deseado a futuro, así como establecer los pasos que se debe realizar para alcanzar los objetivos planteados. Sin un rumbo trazado, se corre el riesgo de que las acciones emprendidas respondan a coyunturas y oportunidades, antes que a estrategias que conduzcan a fortalecer su accionar.

Bajo esta perspectiva se realizaron varios análisis participativos donde se evaluó la capacidad de gestión estratégica del Hospital Clínico San Borja Arriarán, así como su situación actual, con el fin de identificar elementos sensibles a un proceso de formulación estratégica, en base a las dimensiones organizacionales, que permitan realizar un diagnóstico a la luz de los desafíos de los próximos años. Dichos análisis no solo implicaron la revisión de documentación clave, sino también la ejecución de una encuesta masiva a todos los funcionarios del hospital y entrevistas a directivos, asociaciones gremiales, jefaturas y funcionarios/as. Asimismo, se desarrollaron más de 25 talleres participativos, con las áreas de la macroestructura de la organización, que permitieron obtener elementos estratégicos para formular el Plan Estratégico del Hospital.

3.2 Definiciones Estratégicas

Se define como matriz estratégica base, o intención estratégica, al “conocimiento de la esencia de la organización” y representa el apalancamiento o uso de todos sus recursos internos, capacidades y habilidades a efecto de cumplir sus metas en el entorno que la rodea. Esa intención estratégica es la que brinda a los miembros de la organización, de todos los niveles y áreas, la justificación para su entrega y dedicación, en busca de un desempeño único, significativo y superior.

Los elementos que conforman la matriz estratégica base o intención estratégica de una organización son: la misión, la visión y los valores.

1. Misión

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

- . La misión vigente.
- . El marco legal del Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- . Entrevistas a partes interesadas.
- . Talleres Estratégicos participativos.
- . Revisión y aprobación por parte del Comité Estratégico definido al efecto.

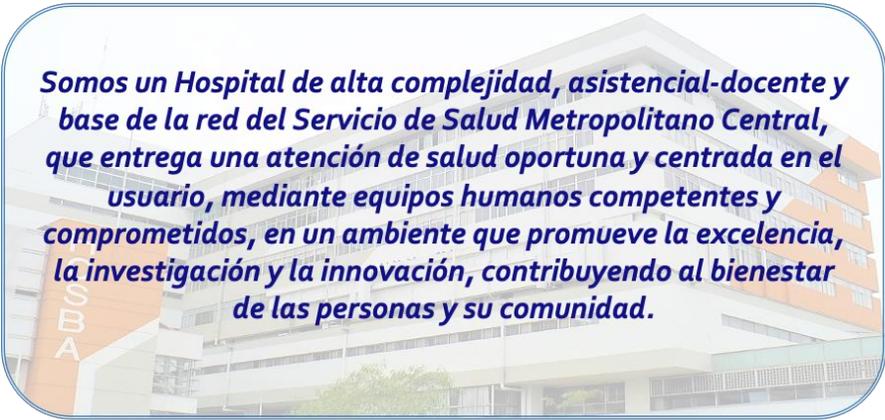
Ilustración 1. Misión



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

Como resultado, el Hospital Clínico San Borja Arriarán aprobó la siguiente Misión institucional:

Misión



Somos un Hospital de alta complejidad, asistencial-docente y base de la red del Servicio de Salud Metropolitano Central, que entrega una atención de salud oportuna y centrada en el usuario, mediante equipos humanos competentes y comprometidos, en un ambiente que promueve la excelencia, la investigación y la innovación, contribuyendo al bienestar de las personas y su comunidad.

2. Visión

La Visión es una representación de lo que debe ser en el futuro el país, en el ámbito de la temática que le compete a el Hospital Clínico San Borja Arriarán, siendo esta casi por completo intuitiva. Para realizar este proceso recurrimos a:

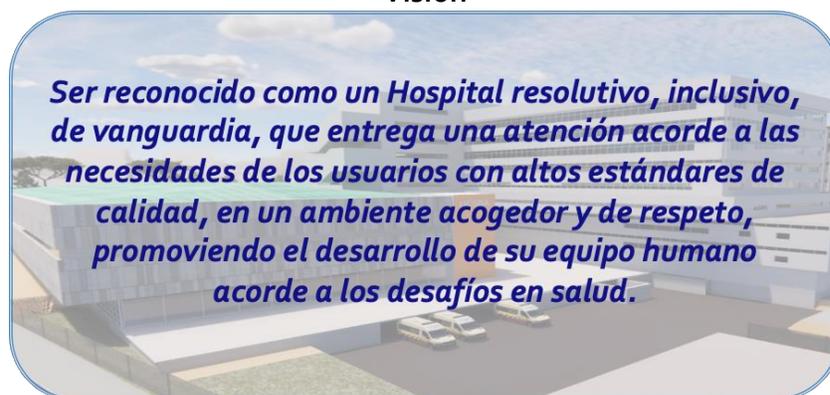
- . El marco legal del Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- . Entrevistas a partes interesadas.
- . Talleres Estratégicos participativos.
- . Revisión y aprobación por parte del Comité Directivo definido al efecto.
- . Validación jornada ampliada
- .

Ilustración 2. Visión



El Hospital Clínico San Borja Arriarán aprobó la siguiente Visión:

Visión



3. Valores

Los valores definen el carácter de una organización, crean un sentido de identidad, fijan lineamientos para implementar las prácticas, las políticas y los procedimientos de la misma, establecen un marco para evaluar la efectividad de su implementación, brinda las bases para una dirección que motive a todos. En una organización los valores son criterios para la toma de decisiones.

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

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

Ilustración 3. Valores

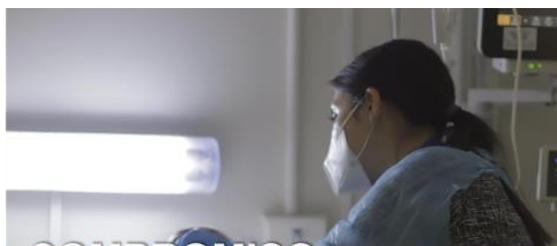


En las fuentes de indagación a los funcionarios, se realizaron preguntas tendientes a validar los valores identificados, intentando revisar ¿cuáles son los valores? y ¿qué los caracteriza?

En virtud de la lectura realizada del comportamiento observado en las entrevistas y de los talleres realizados, así como del entendimiento del quehacer del Hospital Clínico San Borja Arriarán, los Valores definidos son los siguientes:

Valores





COMPROMISO
Capacidad organizacional e individual de actuar con conciencia, responsabilidad, profesionalismo y vocación en el desarrollo del trabajo, brindando un servicio de excelencia a la comunidad atendida.



EMPATÍA
Capacidad perceptiva de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona a la hora de atender y comunicar.



INNOVACIÓN - CREATIVIDAD
Capacidad de transformar continuamente el conocimiento y las ideas en nuevos procesos, sistemas o servicios que beneficien al hospital y la comunidad atendida.



RESILIENCIA
Capacidad de adaptarse a situaciones difíciles y superar los momentos adversos, buscando el apoyo necesario con la confianza de que saldrá adelante a pesar de todo.



RESPECTO
Capacidad de aceptar y valorar a otra persona, considerando la diversidad de ideas u opiniones sin juzgar actitudes, conductas o pensamientos.



TRABAJO EN EQUIPO

Capacidad de fomentar las relaciones interpersonales y de colaboración entre los funcionarios del hospital, con la red de salud asistencial y la comunidad, respetando las diferencias, donde se priorice el logro colectivo por sobre el éxito individual.



ÉTICA LABORAL

Respeto irrestricto a las normas, leyes y valores morales en el ejercicio de la actividad laboral, manteniendo una conducta transparente, honesta y preocupada por la dignidad de todas las personas con las que se interactúa.

3.3 Análisis de Contexto

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

1. FORTALEZAS

- *Existencia de equipos comprometidos y con vocación de servicio, que involucra a los profesionales, técnicos y administrativos.*
- *Amplia cobertura (Cartera de servicios de atención clínica)*
- *Existencia de equipos profesionales de alta calidad y con un gran potencial y experiencia.*
- *Funcionarios/as con una gran identificación con el proyecto Hospital y su reconstrucción.*
- *Importante número de funcionarios/as que tienen una identificación con el Hospital y con la búsqueda por resolver los problemas de la institución.*
- *Ser un hospital Asistencial-Docente le permite mantener una relación provechosa con centros formadores, el disponer de profesionales con experiencia y currículo, el acceso a la actualización de técnicas y procedimientos, y la innovación y vanguardia en proyectos.*
- *El poner a disposición de usuarios FONASA tecnología médica de punta.*
- *Su localización central y acceso a redes de locomoción.*
- *La resiliencia del equipo de salud.*

2. DEBILIDADES

- *Insuficiencia de capacitación y formación apropiada para los equipos de trabajo del HCSBA basada en brechas por competencias.*
- *Falta de liderazgo.*
- *Infraestructura no adecuada y obsoleta para el desarrollo de los procedimientos y funciones.*
- *Ambiente poco acogedor para los usuarios y familia.*
- *Problemas en la distribución de personal en áreas médicas, técnicas y administrativa.*
- *Alta rotación de personal joven.*
- *Ambiente de trabajo debilitado.*
- *Percepción de un trato desigual entre estamentos.*
- *Ausencia de mecanismos de motivación, incentivos, y reconocimiento.*

- *Existencia de procesos poco automatizados, obsoletos y desconocidos por gran parte del personal.*
- *Estructura orgánica obsoleta. Falta de levantamiento de cargos y análisis de dotación.*
- *Problemas en la comunicación e información que se le entrega al paciente.*
- *Aumento en el ausentismo laboral.*
- *Problemas en la gestión de las personas: inadecuado proceso de calificaciones, inadecuada resolución de conflictos e inexistencia de acciones para la retención del talento humano.*
- *Problemas en el control en la gestión interna.*
- *Mala comunicación interna*

3. AMENAZAS

- *Falta de seguridad para los trabajadores del hospital y sus usuarios*
- *Aumento de la demanda en la atención.*
- *Situación epidemiológica actual.*
- *Incertidumbre dada la situación política y económica del país.*
- *Falta de gestión en red se traduce en la poca fluidez y repuesta con el usuario.*
- *Cambio frecuente de directivos.*
- *Progresivo envejecimiento de la población.*
- *Progresiva dificultad para encontrar personal de turnos.*

4. OPORTUNIDADES

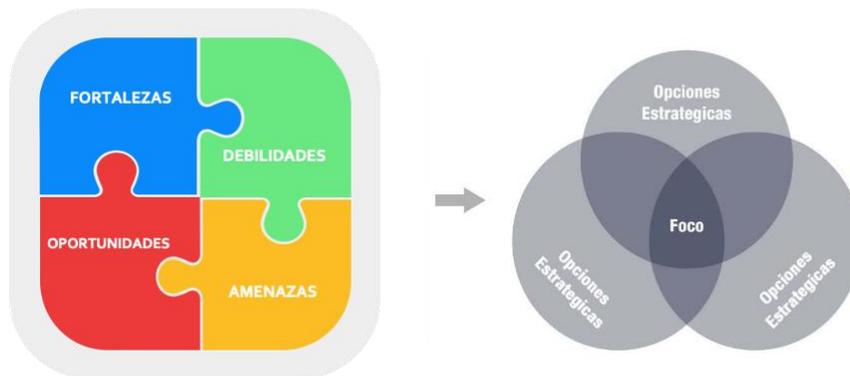
- *Plan de reconstrucción del CDT en marcha.*
- *La posibilidad de profundizar el trabajo en red.*
- *Ser establecimiento Base de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central.*
- *Ser un establecimiento autogestionado.*
- *Rol de usuarios (participación ciudadana).*

3.4 Determinación de Objetivos Estratégicos

A partir del análisis externo e interno (FODA), además de la Misión y Visión, se analizó cómo la Institución crea valor mediante la identificación de focos estratégicos (líneas de acción).

El foco estratégico es la definición de un espacio limitado de estrategias que la Institución seleccionará entre muchas disponibles para trabajar durante el periodo, y que alinearán a todos los objetivos estratégicos a lograr.

Ilustración 4. Objetivos Estratégicos



Del análisis de los focos estratégicos resultantes del trabajo reflexivo grupal, se obtuvo una definición de cuáles deberían ser los Objetivos Estratégicos para la gestión del periodo 2022-2025, los cuales fueron estructurados en perspectivas y ejes de acuerdo con la metodología de Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard empleada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Esta metodología se destaca por ser una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia a términos operativos. También es visto, como un sistema de gestión estratégica, puesto que implica establecer plazos a los objetivos, facilitando los procesos de gestión definidos tales como: aclarar y traducir o transformar la visión y estrategia; comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos; planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas; y aumentar el feedback y formación estratégica¹

¹ Guía "Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red 2022". Minsal

3.5 Mapa Estratégico

La proyección de esta herramienta se hace desde la construcción de un Mapa Estratégico, herramienta que ayuda a explicar visualmente la estrategia de la organización a través de la conexión de los distintos objetivos en relaciones de causa-efecto y agrupados según la perspectiva que aborda cada objetivo y el eje estratégico que contribuye. Las cuatro perspectivas abordadas y en las cuáles se utilizó como marco para visualizar la estrategia propuesta son:

- **Personas y Desarrollo:** ¿Qué competencias de las personas, ambiente y clima organizacional necesitamos para mejorar continuamente nuestros procesos y las relaciones con nuestros usuarios/ciudadanos/Gobierno?
- **Procesos y Tecnología:** ¿En qué procesos internos debemos mejorar, para satisfacer lo exigido por los usuarios/Ciudadano/Gobierno?
- **Usuarios y Ciudadanía:** ¿Cómo creamos valor a los Contribuyentes públicos y privados /Ciudadanos/Gobierno?
- **Financiera:** ¿Qué espera el Gobierno/Estado en el manejo presupuestario?

Así mismo, el hospital cuenta con Ejes Estratégicos definidos, los cuales fueron validados en la etapa de diagnóstico, incorporándose uno nuevo, quedando como resultando los siguientes ejes:

- **Orientación al Usuario:** El HCSBA pone en el centro de su trabajo a los pacientes y su grupo familiar de una forma cercana, segura e inclusiva. Recoge en este esfuerzo una característica fundamental e inherente a cualquier organización moderna y reconoce en este relieve la esencia de su quehacer.
- **Excelencia y Calidad.** Garantizar que todo el quehacer del HCSBA, así como sus servicios y procesos tiendan a la generación de niveles de calidad crecientes y a la actualización permanente de los conocimientos en pro de generar mayor eficiencia y la mejor entrega de servicios a sus usuarios.
- **Innovación y Desarrollo Tecnológico:** Transformar la capacidad y el potencial del hospital tanto en su organización y procesos cuanto como, en su infraestructura y tecnologías para la generación oportuna y eficiente de sus servicios y la mejora de las condiciones de satisfacción de la demanda, exigen un esfuerzo de creatividad e innovación importante, permanente y deliberada.

- **Coordinación en Red:** Coordinarse adecuadamente con el resto de los establecimientos de la Red de Atención para dar respuesta en forma integral a las necesidades de nuestros usuarios.
- **Calidez y Calidad de Vida.** El hospital cuenta con equipos calificados, comprometidos y entusiastas para dar cuenta de la responsabilidad ética y social que le ha sido encomendada y debe garantizar espacios de trabajo y desempeño que promuevan el desarrollo y calidad de vida de las personas que lo conforman.

Estos Ejes constituyen los ámbitos de actuación en los que deberá centrarse la actividad del Hospital en los próximos años. Representan por lo tanto las líneas o rutas básicas de desarrollo que profundizan en su razón de ser (misión) para alcanzar el propósito fundamental del mismo (visión).

En consecuencia, la determinación de los objetivos estratégicos se realizó sobre la base de un mapa que cruza perspectivas y ejes estratégicos, tal como se muestra a continuación:

Mapa Estratégico
Cruce Perspectivas y Ejes Estratégicos



Es por tanto, desde el análisis de los lineamientos estratégicos definidos por el SSMC, la evaluación del entorno externo e interno (FODA) que permitió la identificación de brechas y líneas de acción para el Hospital y los ejes que deberán guiar los ámbitos de actuación, se han propuesto las estrategias 2022 - 2025 que se expresan a través de los siguientes objetivos estratégicos Institucionales a lograr durante dicho periodo, los cuales tendrán que ser ajustados y validados por la dirección para su formulación final en el mapa estratégico:

Usuarios y Ciudadanía:

1. Satisfacer las necesidades de atención de salud de nuestros usuarios mejorando su resolutivez y oportunidad.
2. Entregar una atención de calidad, segura, cercana e inclusiva.
3. Potenciar la participación ciudadana y comunitaria.
4. Mejorar el posicionamiento público, visibilizando y potenciando la imagen del HCSBA como hospital base de la red.
5. Fortalecer los canales de comunicación clínica con el usuario y su entorno.

Procesos y Tecnología:

1. Evaluar la cartera de prestaciones clínicas que permita evaluar su nivel de cumplimiento, suficiencia y oportunidad para la adopción de estrategias de mejora.
2. Fortalecer la coordinación con la Red Metropolitana Central, flexibilizando la capacidad de respuesta a la demanda y a los cambios epidemiológicos de la población atendida en el HCSBA.
3. Fortalecer los procesos de gestión clínica, de soporte y administrativos del HCSBA, asegurando su integración y mejora continua.
4. Potenciar la relación asistencial-docente.
5. Potenciar la investigación y la innovación en salud pública.
6. Implementar mejoras y soluciones informáticas para procesos críticos y de alta demanda del Hospital.
7. Gestionar continuamente la infraestructura necesaria para una correcta y eficiente entrega de las prestaciones de salud del HCSBA.

Personas y Desarrollo:

1. Implementar una política de gestión de las personas con foco en su desarrollo, reconocimiento y participación funcionaria.

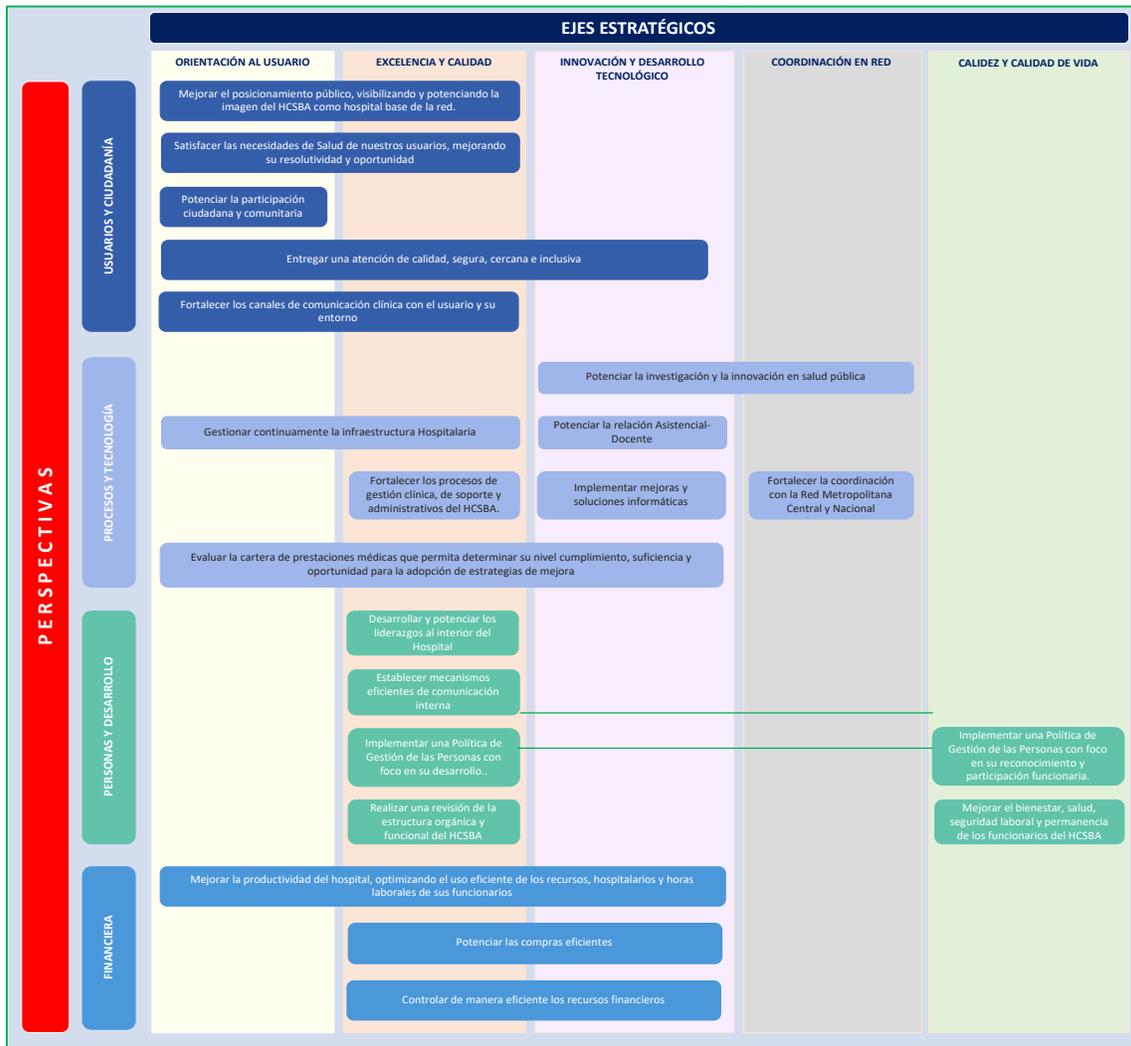
2. Realizar una revisión de la estructura orgánica y funcional que permita asegurar su adecuación con los nuevos desafíos del HCSBA.
3. Establecer mecanismos eficientes de comunicación interna con nuestros funcionarios y funcionarias.
4. Mejorar el bienestar, salud, seguridad laboral y permanencia de los funcionarios del HCSBA.
5. Desarrollar y potenciar los liderazgos al interior del Hospital.

Financiera:

1. Controlar de manera eficiente los recursos financieros.
2. Potenciar las compras eficientes.
3. Mejorar la productividad del hospital, optimizando el uso eficiente de los recursos, hospitalarios y horas laborales de sus funcionarios.

En la ilustración siguiente se muestran los objetivos estratégicos dentro del Mapa Estratégico.

Ilustración 6. Mapa Estratégico



3.6 Plan Estratégico HCSBA

El Plan Estratégico reúne todas las actividades a realizar para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos definidos y esquematizados en el Mapa Estratégico. Este incluye Objetivos específicos identificables con actividades a desarrollar con plazos, responsables y recursos si se requieren para su cumplimiento. Reflejándose en este documento todas las actividades a realizar por el período que comprenda la Planificación Estratégica.



El Plan Estratégico sigue un orden de ejecución de sus actividades de manera que al término de una actividad permita el inicio de una nueva actividad, de manera de cadena y en su conjunto finalmente permitan el alcance del objetivo final.

A partir del desarrollo del Plan Estratégico se establece el Plan Táctico que corresponde a las actividades comprometidas en el año de ejecución.

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROYECTO/INICIATIVA	PRINCIPALES ACTIVIDADES	2023				2024	2025		
				1T	2T	3T	4T				
Financiera	1. Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	Adaptar la formulación presupuestaria a los cambios en los componentes del gasto del Hospital (por ejemplo la introducción de la cirugía robótica y cirugía de tórax)	Conocer y analizar las propuestas de incorporación de servicios o prestaciones en las distintas unidades y departamentos Planificar en conjunto con la Subdirección Médica el impacto que, en el presupuesto del año siguiente, tendrían las incorporaciones y eliminaciones de servicios o prestaciones en las distintas unidades o departamentos								
		Generar un nuevo marco regulatorio para el comité de farmacia	Formular el nuevo marco regulatorio para la adquisición de fármacos de alto costo Aprobar el nuevo marco regulatorio para la adquisición de fármacos de alto costo Implementar el nuevo marco regulatorio para la adquisición de fármacos de alto costo								
		Generar e implementar un proceso de compras eficientes de insumos médicos y fármacos	Formular un procedimiento para la compra de insumos médicos y fármacos que considere: 1. Revisión de existencias mensual para los servicios y trimestral para las bodegas centralizadas 2. Definir criterios para la disposición de los insumos médicos y fármacos próximos a su vencimiento 3. Definir criterios para la actualización del plan de compras en función de la disposición de los insumos médicos y fármacos realizada. Aprobar el procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos Implementar el procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos Realizar la pre-evaluación de la informatización del procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos								
		2. Potenciar las compras eficientes.	Generar e implementar un proceso de compras eficientes de insumos médicos y fármacos	Formular un procedimiento para la compra de insumos médicos y fármacos que considere: 1. Revisión de existencias mensual para los servicios y trimestral para las bodegas centralizadas 2. Definir criterios para la disposición de los insumos médicos y fármacos próximos a su vencimiento 3. Definir criterios para la actualización del plan de compras en función de la disposición de los insumos médicos y fármacos realizada. Aprobar el procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos Implementar el procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos Realizar la pre-evaluación de la informatización del procedimiento de compra para insumos médicos y fármacos							
			3. Mejorar la productividad del hospital, optimizando el uso eficiente de los recursos, hospitalarios y horas laborales de sus funcionarios.	Avanzar en preparar a la organización para la gestión del cambio que implicará la implementación de la Ficha Electrónica	Entrevistas diagnósticas a Directivos para conocer sus apreciaciones y aprensiones respecto al proceso, a través de una entrevista estructurada Reunión de presentación y definición de un modelo de gestión del cambio (capacitación jefes y líderes). Talleres de gestión del cambio para directivos y jefaturas						
				Aumentar la productividad de los pabellones quirúrgicos y disminuir suspensión de cirugías programadas	Determinar el actual nivel de uso de los boxes pabellones quirúrgicos, junto con el cumplimiento de los indicadores que aplican Determinar el nivel deseado de uso de los pabellones quirúrgicos, tomando como base el cumplimiento a los indicadores establecidos para ello Formular un plan de trabajo que permita llegar al nivel deseado, considerando factores tales como: recursos humanos, formas de funcionamiento, horarios de inicio, horarios de uso incluyendo fines de semana, disponer recursos para proveer el traslado de pacientes Ejecución del plan de trabajo						
				Potenciar Ambulatorización Quirúrgica (CMA)	Determinar el actual nivel de las cirugías ambulatorias, junto con el cumplimiento de los indicadores que aplican (porcentaje de cirugía ambulatorias, suspensión de ellas y listas de espera) Determinar el nivel deseado de cirugías ambulatorias, procurando recuperar aquellos que se tenían en años previos Formular un plan de trabajo que permita llegar al nivel deseado Ejecución del plan de trabajo						
				Potenciar o hacer más eficiente la atención ambulatoria de consultas y procedimientos	Hacer un diagnóstico de brechas de consultas y procedimientos, listas de espera, cumplir los COMGES anteriores al 2020 Optimizar el uso del espacio físico y horario PM y fines de semana Mejorar la pertinencia, potenciando la telemedicina, teleconsulta y teleinterconsulta en modo sincrónico y asincrónico Capacitación continua de una eficiente contraloría médica para evitar que con el rechazo se genere una lista de espera oculta						
				Optimizar el recurso día cama	Hacer un diagnóstico de la situación actual respecto de la utilización del recurso día cama Manejar la gestión mediante el uso de los indicadores definidos y aplicando los estándares Implementar la acción de medicalizar la gestión de camas médico quirúrgico, ginecobstétrico e infantil. Traslado de la compra extra sistema a gestión de la demanda Definir e implementar criterios para una efectiva gestión de alta temprana y alta asistida						
				Control de gestión de Producción	Formular producción de acuerdo con los estándares ministeriales Programar prestaciones por cada uno de los profesionales de cada servicio y unidad Definir criterios para el cumplimiento o incumplimiento de los estándares Establecer protocolos para ejecutar el control, el monitoreo y el seguimiento; y para realizar las reprogramaciones						

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROYECTO/INICIATIVA	PRINCIPALES ACTIVIDADES	2023				2024	2025
				1T	2T	3T	4T		
Personas y Desarrollo	4. Implementar una política de gestión de las personas con foco en su desarrollo, el reconocimiento y participación funcionaria.	Desarrollo, difusión e implementación de la política de gestión y desarrollo de las personas del HCSBA	Considera la definición propositiva, análisis y aprobación de la política y los lineamientos de capacitación, movilidad laboral ascendente y horizontal, gestión del desempeño y liderazgo						
			Considera la definición propositiva, análisis y aprobación de los tipos de reconocimiento, tales como: años de servicio, rito de despedida y jubilación, acompañamiento en duelo, cumpleaños, día de la profesión, representación de valores del hospital, prácticas de compañerismo, de cumplimiento de metas grupales, al desempeño individual.						
			Considera la definición propositiva, análisis y aprobación de las instancias de participación, tanto legales como propias del hospital, en ámbitos formales laborales y recreativos						
			Construir la política de gestión y desarrollo de las personas, que incluya las políticas anteriormente definidas y agregue las correspondientes a todo el ciclo de vida laboral y temas transversales						
			Realización de las actividades de difusión para asegurar el conocimiento de la política de desarrollo de las personas, en toda la comunidad funcionaria.						
			Construcción de los procesos y procedimientos, que consideren todos los temas atinentes y relacionados con la política en cuestión. Esto considera la revisión de alineamiento de los existentes, su eventual modificación y la construcción de otros.						
	Realización de actividades que aseguren la aplicación de la política de gestión de desarrollo de personas, en toda la estructura organizacional								
	5. Realizar una revisión de la estructura orgánica y funcional del HCSBA.								
	6. Establecer mecanismos eficientes de comunicación interna	App informativa para funcionarios	Levantamiento de ítems a incluir en menú de App.						
			Desarrollo informático de la App						
			Revisión de desarrollo informático, vistos buenos y sugerencias.						
			Diseño de imagen App						
			Pruebas funcionamiento App y ajustes						
			Generación de contenido en App						
			Lanzamiento e implementación de App						
			Actualización de contenido						
			Soporte de App						
			Monitoreo de descargas de App						
		Actualización mail masivo	Diagnóstico						
			Limpieza de correo						
			Incorporación de correos						
			Monitoreo						
		Creación de protocolo de flujo de requerimientos comunicacionales	Actualización inmediata						
			Creación de protocolo para requerimientos de productos comunicacionales.						
			Creación de plataforma para ingreso de solicitudes						
			Creación de plantilla para registro						
			Piloto de plataforma						
			Ajustes de plataforma						
Validación y lanzamiento de protocolo por resolución									
Lanzamiento de plataforma									
Mantenimiento plantilla y seguimiento de solicitudes									
Obtención de insumo para asesoría o producto comunicacional									
Creación de productos comunicacionales									
7. Mejorar el bienestar, salud, seguridad laboral y permanencia de los funcionarios del HCSBA.		Análisis de datos							
8. Desarrollar y potenciar los liderazgos al interior del Hospital.	Perfilar rol de líderes HCSBA	Constituir comité técnico							
		Entrevista semiestructurada a 3 o 4 jefaturas con liderazgo efectivo							
		Cotejar el "perfil real" con el "ideal" planteado, estableciendo las brechas.							
		Revisión de perfil resultante por parte del equipo directivo							
		Incorporación de observaciones / ajustes al perfil							
		Difundir a las jefaturas el perfil							
	Desarrollo de liderazgos HCSBA	Compra de curso de liderazgo tipo taller							
		Compra de servicios de coaching							
		Implementación del taller							
		Implementar programa de coaching							
		Monitoreo de resultados							
		Reforzar a jefaturas							

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROYECTO/INICIATIVA	PRINCIPALES ACTIVIDADES	2023				2024	2025
				1T	2T	3T	4T		
Usuarios y Ciudadanía	20. Fortalecer los canales de comunicación clínica con el usuario y su entorno.	Actualización de señalética	Levantamiento de información en conjunto con SDGIU	█					
			Diseño de gráficas	█					
			Cotización de empresas	█					
			Impresión y montaje		█				
			Instalación		█				
		Información en salas de espera y QR pisos	Diagnóstico hospital	█					
			Diagnóstico salas de espera priorizadas	█					
			Diseño de los espacios a intervenir	█					
			Habilitación de espacios priorizados	█					
			Compra o creación de soportes	█					
			Instalación soportes	█					
			Levantamiento de información para salas		█				
			Diseño de material (trabajo paralelo)		█				
			Impresión e instalación de material gráfico en pisos		█				
			Levantamiento de información para QR		█				
		Formular una Política de Atención al Usuario (paciente) y su Entorno.	Identificación de lineamientos y directrices para la atención de usuarios y entorno	█					
			Construcción de la Política de Atención de Usuarios.	█					
			Aprobación de la Política de Atención de Usuarios	█					
			Sensibilización a funcionarios		█				
			Publicación de la Política de Atención de Usuarios		█				
		Mejorar la experiencia de atención usuaria.	Levantamiento del número de orientadores y funcionarios en torre necesarios para una mejor atención	█					
			Priorización de sectores para la ampliación de cobertura de orientadores y funcionarios.	█					
			Identificación de líneas de acción y funciones que deben cumplir y servicios que prestan los orientadores y funcionarios	█					
			Construcción de procedimientos y protocolos de actuación		█				
		Fortalecer la comunicación en los procesos de preatención a través de la implementación de una agenda médica centralizada que incluya tanto pacientes nuevos como quienes acuden a sus controles	Determinar nodos críticos de demanda	█					
			Determinar la prioridad biomédica del control según áreas de mayor demanda a través de asesores profesionales en unidades piloto	█					
			Implementación		█				
		Mejorar la comunicación en los procesos de atención clínica.	Recopilación de Protocolos y procedimientos vigentes	█					
Modelamiento de los mapas de procesos asociados	█								
Identificación de responsables	█								
Documentación de Procesos			█						
Implementación de los procedimientos y protocolos				█	█				

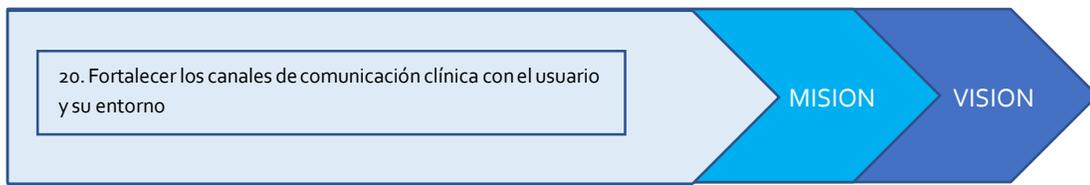
3.7 Implementación de la Estrategia 2022-2023.

Objetivos Estratégicos Priorizados para los Años 2022 y 2023.

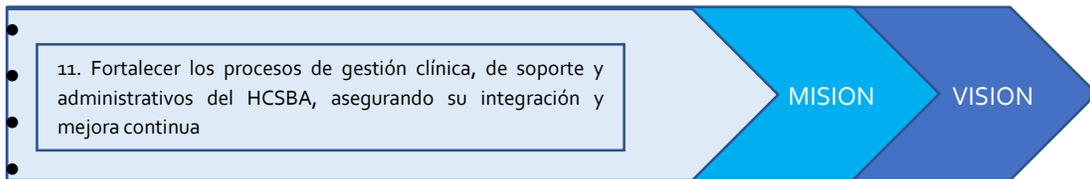
El Comité Directivo del Hospital realizó un análisis de los objetivos estratégicos formulados en el Plan Estratégico 2022-2025 y establecidos en el Mapa Estratégico, con la finalidad de escoger aquellos sobre los que se deberá intervenir en lo que resta del año 2022 y durante el año 2023.

Los objetivos estratégicos seleccionados fueron los siguientes:

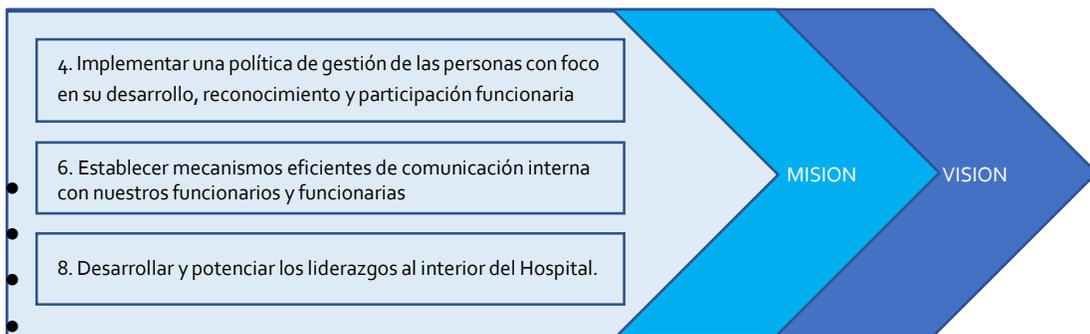
Usuarios y Ciudadanía:



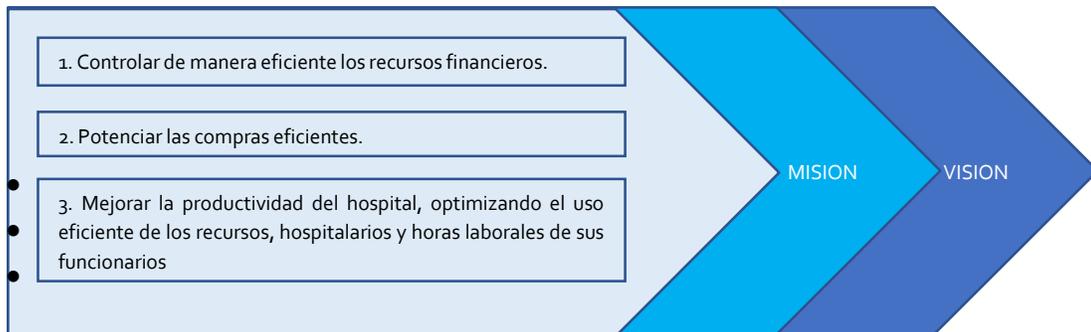
Procesos y Tecnología:



Personas y Desarrollo:



Financiera:



Para efectos de la realización de la planificación operativa el Comité Directivo realizó la siguiente asignación de responsabilidades:

OBJETIVO ESTRATÉGICO	RESPONSABLES
1. Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Comité conformado por la Subdirección Administrativa y Subdirección de Gestión Asistencial
2. Potenciar las compras eficientes	Comité conformado por la Subdirección Administrativa y Subdirección de Gestión Asistencial
3. Mejorar la productividad del hospital, optimizando el uso eficiente de los recursos, hospitalarios y horas laborales de sus funcionarios	Comité conformado por la Subdirección Administrativa, Subdirección de Gestión Asistencial y Subdirección
4. Implementar una política de gestión de las personas con foco en su desarrollo, reconocimiento y participación funcionaria	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
6. Establecer mecanismos eficientes de comunicación interna con nuestros funcionarios y funcionarias	Comité conformado por Dpto. de Comunicaciones y RR.PP y Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
8. Desarrollar y potenciar el liderazgo interior del Hospital	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
11. Fortalecer los procesos de gestión clínica, de soporte y administrativos del HCSBA, asegurando su integración y mejora continua	Comité conformado por la Subdirección Administrativa, Subdirección de Gestión Asistencial, Subdirección de Gestión del Cuidado y Coordinación de Matronería.
20. Fortalecer los canales de comunicación clínica con el usuario y su entorno	Comité conformado por Subdirección de Atención Integral al Usuario, Subdirección de Gestión del Cuidado, Coordinación de Matronería y Dpto. de Comunicaciones.