

PLAN ESTRATÉGICO HOSPITAL PENCO LIRQUÉN 2025 - 2028

MAYO 2025



REGISTRO DE ACTUALIZACIONES

Este documento fue elaborado por:

Asesores Metodológicos

D. Ana María Cea A., Jefa Unidad de Control de Gestión e Información en Salud Hospital Penco-Lirquén.

D. Paulo Valenzuela O., Jefe Unidad Información en Salud del Hospital Penco-Lirquén

Este documento fue revisado por:

Dra. Patricia Paulos Villarreal, Directora Hospital Penco-Lirquén

Dr. Juan Luis Labraña Durán, Subdirector Gestión Clínica Hospital Penco-Lirquén

D. Pamela Bustamante Durán, Subdirectora Administrativa Hospital Penco-Lirquén

D. Carolina Vejar Lema, Subdirectora Gestión y Desarrollo de las Personas Hospital Penco-Lirquén

Equipo Unidad de Control de Gestión e Información en Salud Hospital Penco-Lirquén

PROLOGO

Estimados/as funcionarios/as y comunidad en general

Planificar es anticipar cambios en la dirección esperada y para lograr este objetivo, nuestro establecimiento cuenta con un equipo de salud comprometidos y preparados.

La planificación estratégica es un proceso esencial que nos permite establecer metas claras, identificar los desafíos y oportunidades, desarrollar estrategias efectivas para alcanzar nuestros objetivos y aprovechar el conocimiento y la experiencia de cada miembro del equipo, lo que fortalece nuestra capacidad colectiva, lo que también nos brinda la oportunidad de evaluar y mejorar constantemente nuestras prácticas y procesos.

En un entorno de atención médica en constante evolución, la planificación estratégica nos ayuda a evaluar y mejorar nuestra capacidad para brindar servicios de calidad, gestionar eficientemente nuestros recursos y mantenernos a la vanguardia de los avances médicos y tecnológicos.

A través de este proceso el hospital define su visión a largo plazo y las estrategias para alcanzarla, supone, además, la participación activa de los actores de la institución, de la comunidad y de la red del Servicio de Salud Talcahuano, en este contexto el Hospital Penco enfrenta el desafío de actualizar su planificación estratégica, siendo ello parte de las obligaciones, pero por, sobre todo, necesario para organizar el camino. Es aquí donde deberán plasmarse los valores, sueños, temores y desafíos que deberemos asumir y que se transformarán en la planificación estratégica del hospital para el periodo 2025-2028.

Quiero expresar mi reconocimiento y agradecimiento a todas las funcionarias y funcionarios por cada uno de los aportes suministrados al proceso de planificación del Hospital Penco Lirquén, lo que permitieron la valiosa construcción de este trabajo, generando una hoja de ruta para los próximos cuatro años de nuestro establecimiento hospitalario.

Juntos, podemos trabajar hacia ser un mejor hospital y seguir siendo un referente en nuestra comunidad.

Gracias por su dedicación y compromiso.

Dra. Patricia Paulos Villarreal
Directora Hospital Penco-Lirquén

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES GENERALES	2
2.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	4
2.2. INFRAESTRUCTURA.....	6
2.3. DOTACIÓN FUNCIONARIA	9
2.4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	10
2.4.1. Análisis contextual.....	10
2.4.2. Red Asistencial: Cobertura geográfica	10
2.4.3. Red Asistencial: Establecimientos	10
2.4.4. Informe Demográfico: Comuna de Penco (Basado en Datos Disponibles y Proyecciones 2024).....	18
2.5. PRODUCCIÓN HOSPITALARIA.....	24
2.5.1. Servicios y prestaciones.....	24
2.6. POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y DESCRIPCIÓN DE ÁREAS	31
2.6.1. Política de Control Interno	31
2.6.2. Política de Auditoria	32
2.6.3. Política de Gestión de procesos clínicos y de apoyo	34
2.6.4. Políticas de Gestión de las Personas.....	35
2.6.5. Política de Gestión Financiero-Contable-Presupuestaria.....	36
PROCEDIMIENTO DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS.....	37
2.6.6. Política de Gestión de Recursos Físicos.....	38
2.6.7. Política de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.....	40
2.6.8. Política Sistema de Planificación y Control de Gestión	41
2.6.9. Política Gestión de Riesgos.....	42
3. METODOLOGÍA DE DESARROLLO	43
3.1. PROCESO METODOLÓGICO	43
3.1.1. Análisis contextual.....	46
3.1.2. Primera sesión de trabajo: Diseño de Orientaciones Estratégicas	47
3.1.3. Segunda sesión de trabajo: Análisis del Contexto Estratégico.....	47
3.1.4. Tercera sesión de trabajo: Definición de objetivos de desarrollo	48
3.1.5. Cuarta sesión de trabajo: Definición de sistema de indicadores de control	49
3.1.6. Sesiones de validación.....	50
3.1.7. Sesiones de trabajo de gabinete	50
3.2. MÉTODOS DE TRABAJO	51
3.2.1. Métodos de enseñanza-aprendizaje	51

4. RESULTADOS DE LOS ELEMENTOS DIRECCIONES	52
4.1. ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	52
4.1.1. Misión del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028	52
4.1.2. Visión del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028.....	58
4.1.3. Valores Institucionales del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028	62
4.2. ANÁLISIS CONTEXTUAL	63
4.3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	63
4.3.1. Resultados aplicación Matriz EDPO.....	64
5. MATRIZ EDPO: RECOPIACIÓN DE RESULTADOS	66
5.1. DESAFÍOS GENERALES E IDEAS PROPUESTAS.	77
5.2. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS.....	90
5.2.1. Objetivos Estratégicos, Específicos y su detalle para el control de gestión. 90	
5.2.2. Mapa Estratégico.....	96
6. ANEXOS	98
ANEXO 1. MATERIAL DE APOYO PRIMERA JORNADA DE TRABAJO	98
ANEXO 2. MATERIAL DE APOYO SEGUNDA JORNADA DE TRABAJO	102
ANEXO 3. MATERIAL DE APOYO SEGUNDA JORNADA DE TRABAJO: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2025-2028	106
ANEXO 4. MATERIAL DE APOYO SEGUNDA JORNADA DE TRABAJO: MATRIZ EDPO	113
ANEXO 5. MATERIAL DE APOYO TERCERA JORNADA DE TRABAJO.....	117
ANEXO 6. FORMATO DESAFÍOS SEGÚN LÍNEAS DE TRABAJO.....	122
ANEXO 7. METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA LA DEFINICIÓN DE ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS 2025-2028: ENCUESTA DIRIGIDA.	123
ANEXO 8. PRESENTACIÓN RESULTADOS ELECCIÓN DE ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS 2025- 2028	126
ANEXO 9. RESULTADO ENCUESTAS FINALES APLICADAS EN JORNADAS DE TRABAJO	143
ANEXO 10. RESULTADO DE IDEAS PARA DEFINICIÓN DE MISIÓN.....	144
ANEXO 11. RESULTADO DE IDEAS PARA LA DEFINICIÓN DE VISIÓN	158
ANEXO 12. FOTOS JORNADAS DE TRABAJO.....	170
ANEXO 13. AFICHE ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS HOSPITAL PENCO LIRQUÉN 2025-2028	171
ANEXO 14. BOLETÍN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITAL PENCO LIRQUÉN.....	172
ANEXO 15. PRESENTACIÓN CEREMONIA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028.....	180
ANEXO 16. FOTOS CEREMONIA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028	196
ANEXO 17. PLANES DE ACCIÓN ANUAL SUBDIRECCIONES	200
17.1 PLAN SUBDIRECCIÓN GESTION CLINICA.....	200
PLANES DE ACCIÓN GESTIÓN CLÍNICA.....	203

17.1.1	Plan de acción Gestión Ambulatoria.....	203
17.1.2.	Plan Gestión de acción Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	206
17.1.3.	Plan Gestión de acción Atención Cerrada	210
17.1.4	Plan de acción Gestión Quirúrgica	213
17.1.5	Plan de acción Gestión de Urgencia.....	216
17.2	PLAN SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	219
	PLANES DE ACCIÓN GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	222
17.2.1	Plan de acción Gestión Financiera-contable.....	222
17.2.2	Plan de acción Gestión de Recursos Físicos.....	224
17.2.3	Plan de acción Gestión TIC	227
17.2.4	Plan de acción Gestión Abastecimiento.....	229
17.3.	PLAN SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	231
	PLANES DE ACCIÓN GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.....	235
17.3.1	Plan de acción Gestión Desarrollo de las Personas	235
17.3.2	Plan de acción Gestión y Control de Personas	237
17.3.3	Plan de acción Gestión Calidad de Vida Laboral.....	238
ANEXO 18.	PLANES DE ACCIÓN ESTRATÉGICOS.....	240
18.1	PLAN AUDITORÍA INTERNA.....	240
18.2	PLAN PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA EN SALUD	245

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i>	<i>Superficie total Edificio A y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén</i>	<i>6</i>
<i>Tabla 2.</i>	<i>Superficie total Edificio B y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén</i>	<i>7</i>
<i>Tabla 3.</i>	<i>Superficie total Edificio C y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén</i>	<i>7</i>
<i>Tabla 4.</i>	<i>Dotación funcionaria Ley 18.834, Ley 15.706 y Ley 19.664, MARZO 2025, Hospital Penco Lirquén</i>	<i>9</i>
<i>Tabla 5.</i>	<i>Hospitales en la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025</i>	<i>13</i>
<i>Tabla 6.</i>	<i>Resumen de tipos de establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) de la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025</i>	<i>16</i>
<i>Tabla 7.</i>	<i>Componentes de la Red de Urgencia y Emergencia de la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025</i>	<i>17</i>
<i>Tabla 8.</i>	<i>Cantidad de consultas médicas de especialidad realizadas durante los años 2014 al 2024, Hospital Penco Lirquén</i>	<i>24</i>

<i>Tabla 9.</i>	Número de Consultas Médicas por especialidad, realizadas en el Hospital Penco-Lirquén durante los años 2014-2024	25
<i>Tabla 10.</i>	Número de consultas y controles realizados por profesionales no médicos año 2024	26
<i>Tabla 11.</i>	Número de prestaciones odontológicas realizadas durante los años 2017 al 2024, Hospital Penco Lirquén.....	27
<i>Tabla 12.</i>	Número de Atenciones en Urgencia durante los años 2014-2024, Hospital Penco Lirquén	28
<i>Tabla 13.</i>	Número de intervenciones quirúrgicas realizadas 2014-2024 Hospital Penco-Lirquén	29
<i>Tabla 14.</i>	Número total de exámenes de diagnóstico realizados por el Hospital Penco-Lirquén por tipo de examen, año 2024	29
<i>Tabla 15.</i>	Número de Egresos Hospitalarios años 2017 al 2024, Hospital Penco Lirquén	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS E IMÁGENES

Gráfico / Imagen 1.	Organigrama del Hospital Penco-Lirquén, 2025.....	4
Gráfico / Imagen 2.	Logros alcanzados en el Hospital Penco-Lirquén al año 2024	5
Gráfico / Imagen 3.	Distribución de la Categorización de usuarios y usuarias año 2024, Hospital Penco Lirquén	28
Gráfico / Imagen 4.	Metodología de desarrollo de la Planificación Estratégica para el Hospital Penco-Lirquén.....	44
Gráfico / Imagen 5.	Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, en relación con la atención cordial centrada en las personas de la misión vigente, 2021-2024.	54
Gráfico / Imagen 6.	Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, en relación con la atención oportuna de la misión vigente, 2021-2024.	55
Gráfico / Imagen 7.	Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, en relación con la atención integral de la misión vigente, 2021-2024.....	56
Gráfico / Imagen 8.	Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, en relación con la atención segura y de calidad de la misión vigente, 2021-2024	57
Gráfico / Imagen 9.	Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, en relación con la atención oportuna y resolutive de la misión vigente, 2021-2024	59

Gráfico / Imagen 10. *Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, con relación a la efectividad y vanguardia de la misión vigente, 2021-2024* 60

Gráfico / Imagen 11. *Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquen, con relación con el usuario y participación con la comunidad de la misión vigente, 2021-2024* 61

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta del trabajo conjunto realizado con diversos actores de la comunidad hospitalaria e instituciones públicas, con el objetivo de actualizar el Plan de Desarrollo Estratégico del Hospital Penco Lirquén.

La participación de los representantes comunitarios, los trabajadores y las jefaturas del hospital, junto con la colaboración de la Dirección del Servicio de Salud Talcahuano, la Red de Atención Primaria de la comuna de Penco y los representantes gremiales, respaldados por la asesoría de profesionales especializados, permitió integrar diversas perspectivas y desarrollar un Plan que tiene como propósito fortalecer el rol del hospital como prestador de salud, con un enfoque centrado en los usuarios de la comuna de Penco y la red asistencial de salud.

Este Plan, pieza clave para el desarrollo del hospital, orientará las acciones del establecimiento hasta el año 2028. Establecerá líneas estratégicas, señalará áreas de mejora y abrirá nuevas oportunidades y desafíos institucionales, contribuyendo significativamente al fortalecimiento de la cultura organizacional del hospital.

El informe incluye la metodología aplicada y los resultados obtenidos a partir de su implementación. Las actividades realizadas y descritas en este documento constituyen la base de datos y antecedentes fundamentales para la formulación de los lineamientos, objetivos e indicadores que guiarán la estrategia institucional.

2. ANTECEDENTES GENERALES

El Hospital Lirquén fue inaugurado como un Hospital tipo 4 en 1960, con capacidad resolutive en las especialidades básicas de Pediatría, Medicina, Ginecología-Obstetricia y Cirugía, contando además con un Consultorio de Atención Primaria adosado. Posteriormente, se incorporaron las especialidades de Oftalmología, Neurología y Psiquiatría, con el objetivo de fortalecer la oferta asistencial y dar respuesta a las necesidades de la comuna de Penco Lirquén.

En el año 2008 se había iniciado un proceso de transformación del modelo de atención, realizando cambios técnico-administrativos requeridos por la estrategia, siendo el desarrollo del proceso de sectorización, definición de la población a cargo y la organización de equipos de trabajos acordes al modelo de atención. Sin embargo, en medio de este proceso, un incendio en el establecimiento destruyó más del 60% de su infraestructura, obligando a priorizar su reconstrucción y reposición del mismo establecimiento. Como respuesta a esta emergencia, se diseñó una propuesta del modelo de gestión y se dio inicio al proceso de normalización del Hospital Penco Lirquén. Entre los años 2012 a 2014, se implementaron soluciones transitorias con una construcción de 2.200 m² y una inversión de \$1.360 MM, abarcando áreas esenciales como Hospitalización, UHCIP, Pabellones, Sala de parto, kinesiólogías, Unidades de Apoyo técnico y administrativo.

Las obras del nuevo hospital comenzaron a inicios del año 2014 y finalizaron en junio del 2017. El proyecto contempló la construcción de tres edificios denominados A, B y C, con una inversión total de \$35.300 MM en obras civiles y equipamiento, alcanzando una superficie total de 24.556 m². De los cuales 23.880 m² corresponden a edificación.

A partir del año 2015, el hospital modificó su nivel de complejidad a través de un proceso de transición del establecimiento, pasando de baja a mediana complejidad. Este proceso implicó un incremento en la cartera de servicios y una mayor especialización de las prestaciones clínicas y administrativas.

Durante el periodo 2020-2023 el Hospital de Penco Lirquén, al igual que toda la red asistencial del país, enfrentó el desafío de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 y su enfermedad COVID-19. La crisis sanitaria generó una presión sin precedentes sobre los sistemas de salud, tanto públicos como privados, lo que derivó en una reorientación de los recursos hospitalarios. En respuesta a esta emergencia, el hospital implementó estrategias de reconversión, como la segregación de la hospitalización en áreas COVID y no COVID, siguiendo los lineamientos de la autoridad sanitaria. Además, se habilitaron 6 camas UTI, permitiendo que, a partir de septiembre 2020, establecimiento pudiera contribuir al sistema de atención de camas críticas a nivel nacional.

Es importante destacar que, debido a la priorización de atenciones COVID-19, algunos indicadores de gestión se vieron afectados, con una disminución en la cantidad de intervenciones quirúrgicas, egresos hospitalarios, partos y consultas de especialidad durante el año 2020. No obstante, indicadores clave como el porcentaje de uso de pabellón, consultas nuevas y el indicador de suspensiones se mantuvieron en niveles óptimos. Estos resultados reflejan el esfuerzo y compromiso del equipo clínico y administrativo para garantizar una atención de calidad y seguridad para los usuarios y funcionarios del hospital.

Durante el año 2024, el Hospital Penco Lirquén evidenció avances significativos en distintas áreas clave de su gestión, los cuales han contribuido a consolidar una base sólida para la proyección estratégica del establecimiento.

En el ámbito clínico, se observó una mejora sostenida en los principales indicadores asistenciales. Destacó el incremento en la actividad quirúrgica y ambulatoria, posicionándose como el establecimiento con mayores crecimientos relativos en la red. Este desempeño fue producto del trabajo colaborativo entre equipos clínicos, el fortalecimiento del liderazgo en áreas críticas y la gestión eficiente de los recursos disponibles. A pesar de los desafíos enfrentados en la atención de urgencias, se implementaron estrategias de coordinación que han permitido dar respuesta oportuna a las necesidades asistenciales, en un contexto de alta demanda y creciente complejidad de casos.

Desde una perspectiva financiera, el año estuvo marcado por una ejecución presupuestaria responsable, permitiendo enfrentar compromisos históricos, avanzar en mantenciones programadas y fortalecer áreas operativas clave. El crecimiento observado en algunos subtítulos presupuestarios respondió principalmente a adecuaciones normativas, mejoras en condiciones laborales y necesidades operativas emergentes, como la renovación de equipamiento, reforzamiento de servicios generales y contratación de servicios profesionales en áreas prioritarias.

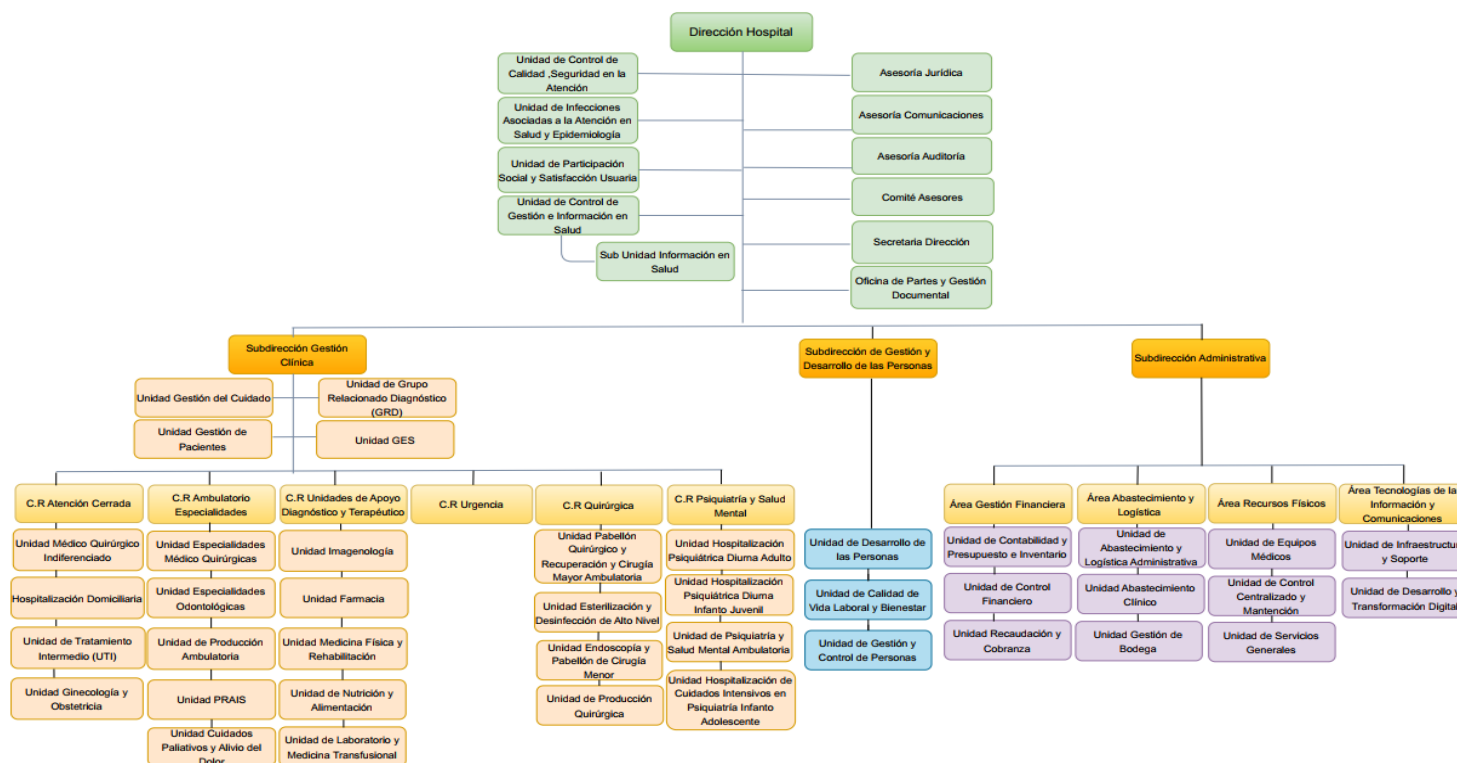
En cuanto a la gestión de personas, se logró avanzar en el fortalecimiento de la dotación institucional mediante el traspaso de cargos transitorios a contrata, lo que contribuyó a una mayor estabilidad laboral y capacidad de respuesta del equipo humano. Asimismo, se abordaron desafíos relacionados con brechas estructurales en la dotación de profesionales y especialistas, desarrollando estrategias para su progresiva regularización. También se iniciaron acciones orientadas a una gestión más planificada del recurso humano, optimizando el uso de horas extraordinarias y fortaleciendo el rol de las distintas unidades en la planificación operativa.

Este panorama general permite proyectar una planificación estratégica fundada en logros concretos, con una mirada integral hacia el mejoramiento continuo de la atención, la sostenibilidad de la gestión institucional y el desarrollo de las personas, siempre con foco en la misión pública del hospital y en la entrega de una atención digna, oportuna y de calidad a la comunidad.

2.1. Estructura organizacional

El Organigrama del Hospital Penco-Lirquén define y representa su ordenamiento y los niveles jerárquicos establecidos. De acuerdo con la **RES.EXE. N° 2235 del 25 de septiembre de 2024**, queda establecida de la manera que a continuación se indica:

Gráfico / Imagen 1.Organigrama del Hospital Penco-Lirquén, 2025

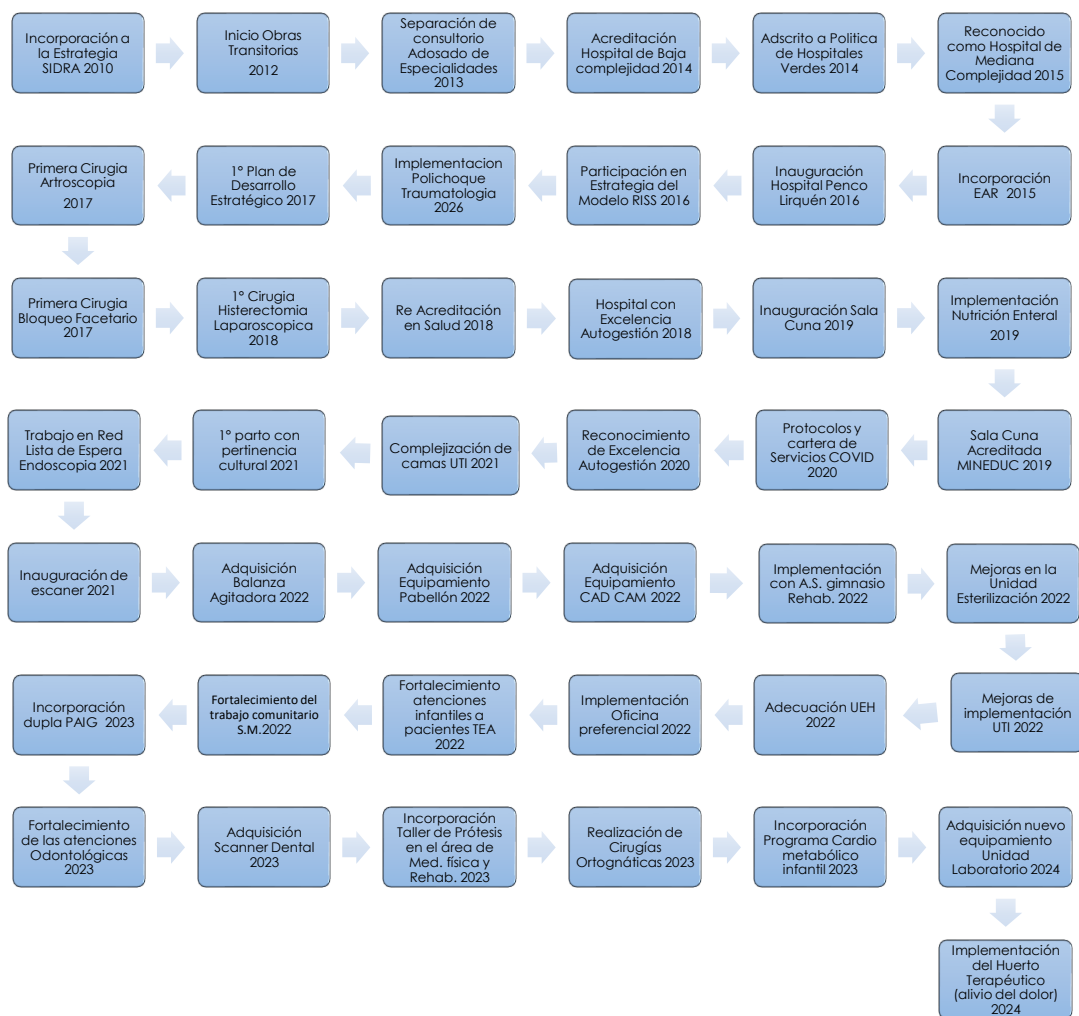


Fuente: Elaboración TIC, Hospital Penco Lirquén

El Hospital Penco-Lirquén, es un establecimiento de Mediana Complejidad definido en la Norma General Técnica N° 150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de ordinario C27 N° 2392 del 10 de agosto de 2015.

A continuación, se destacan algunos logros alcanzados durante el periodo 2010-2024:

Gráfico / Imagen 2. Logros alcanzados en el Hospital Penco-Lirquén al año 2024



2.1. Infraestructura

El Hospital Penco-Lirquén tras el proceso de Normalización, alcanza una superficie de 24.556 mts². Distribuidos de la siguiente manera:

- Edificio Hospital: 23.880 mts²
- Sala Cuna: 237.37 mts²
- Club Escolar: 190.44 mts²
- Edificio Consejo de Desarrollo: 219.48 mts²
- Bodega REAS: 28.71 mts²

El edificio A y B (Etapa I), cuenta con las siguientes características:

- Superficie total de 19.272 mts².
- Siete niveles habilitados para atención de público
- Subterráneo
- zócalo
- Piso mecánico (sexto y séptimo nivel)

Tabla 1. Superficie total Edificio A y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén

Edificio A: Superficie total de 15.432 mts ² ., incluye las siguientes áreas y/o unidades:	
Subterráneo:	• Nutrición y Alimentación • REAS • Servicios Generales (mantención) • Área industrial
Zócalo:	• Recursos Físicos (Control Centralizado área diurna) • Bodega de abastecimiento • Medicina Física y Rehabilitación • GRD
1 piso:	• Oficina de Partes • Ges • Imagenología • Gestión de demanda • Recaudación y cobranza • TIC • Control Centralizado • OIRS- Participación Social • Calidad y seguridad en la atención

2 piso:	• Hospitalización diurna adulto e infanto juvenil • Hospitalizaciones pacientes de cuidados intensivos (UHCIP)
3 piso:	• Hospitalizados (Cuidados Básicos -Cuidados Medios) • UTI
4 piso:	• Dirección • Gestión de Personas • Abastecimiento • Finanzas • Auditoría Clínica • Jurídica • Control de Gestión e Información en Salud
5 piso:	• Pabellón, recuperación y CMA • Laboratorio • Endoscopia
6 piso:	• Piso industrial y mecánico

Fuente: Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Tabla 2. Superficie total Edificio B y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén

Edificio B: Superficie total de 3840 mts2., incluye las siguientes áreas y/o unidades:	
Zócalo:	• Esterilización • Lavandería
1 piso:	• Urgencia

Fuente: Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Tabla 3. Superficie total Edificio C y distribución de unidades, Hospital Penco Lirquén

Edificio C: Superficie total de 4.608 mts2., incluye las siguientes áreas y/o unidades:	
Subterráneo	• Depósito de cadáveres • Bodega Archivo • Bodega Finanzas • Bodega Excluidos

	• Estacionamiento subterráneo (35)
Zócalo	• Farmacia (activa- archivo) • Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos • PRAIS • Vestidores centralizados • Sala administrativa • Oficina 1 • Oficina 2 • Bodega Prevención de Riesgos • Archivo y Gestión documental • Bodega abastecimiento
1 piso:	• Box de atención 1 • Box de atención 2 • Oficina Administración 1 • Farmacia ambulatoria • Salud funcionaria • Oficina secretaria Cr. Especialidades • Oficina enfermera 1 • Baños públicos • Área Médico Quirúrgico ◦ 8 box de atención ◦ 1 box curaciones • Box toma de muestra • Box preparación pacientes • Área Pediatría y de la Mujer ◦ 5 box de atención ◦ 1 box preparación pacientes ◦ 1 sala taller ◦ 1 box de procedimientos • Admisión satélite • Box procedimiento • Información en Salud
2 piso:	• Psiquiatría Ambulatoria ◦ Sala de espejo ◦ 7 box de atención ◦ 1 sala taller ◦ 1 sala de reuniones • Admisión satélite • Especialidades Odontológicas ◦ 7 box d atención ◦ 1 laboratorio dental ◦ Oficina administrativa

	○ 1 sala de reuniones ○ 1 oficina administración • Área Otorrino y Oftalmología ○ 1 sala cámara silente ○ 7 box de atención ○ 1 box procedimiento • Auditoria administrativa
3 piso:	• 5 unidades de UMA
4 piso:	• Piso Mecánico (Equipo de clima)

Fuente: Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

2.2. Dotación funcionaria

El Hospital Penco-Lirquén, tiene una dotación de 675 funcionarios distribuidos en los siguientes estamentos según Ley 18.834, Ley 15.706 y Ley 19.664, vigente a marzo 2025.

Tabla 4. Dotación funcionaria Ley 18.834, Ley 15.706 y Ley 19.664, MARZO 2025, Hospital Penco Lirquén

AÑO 2024						
	Ley 15.076		Ley 18.834		Ley 19.664	
Establecimientos	Dotación Autorizada (Cargos)	Dotación Efectiva (Cargos)	Dotación Autorizada (Cargos)	Dotación Efectiva (Cargos)	Dotación Autorizada (Horas Semanales)	Dotación Efectiva (Horas Semanales)
Hospital Penco Lirquén	14	18	521	542	3.179	2.948

Fuente: SDP, Hospital Penco Lirquén, 2025

2.3. Caracterización de la población

2.3.1. Análisis contextual

El Hospital Penco Lirquén es un establecimiento de salud de mediana complejidad, pertenece a la Red Asistencial Servicio de Salud Talcahuano, que atiende a cualquier usuario/a que lo requiera, preferentemente a los pacientes beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), con servicios ambulatorios. A continuación, se presenta en detalle todo este contexto de operación del Hospital.

2.3.2. Red Asistencial: Cobertura geográfica

El Hospital Penco-Lirquén es un establecimiento de salud de mediana complejidad que forma parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Talcahuano. Esta red atiende a una población de 397.625 personas distribuidas en las comunas de Talcahuano (178.890 habitantes), Hualpén (110.823), Tomé (61.368) y Penco (46.544).

La comuna de Penco, ubicada a 14 km de Concepción, cuenta con una economía diversificada. Sus principales actividades económicas incluyen la industria (como COPROSA, VIPLA e INDURA), los servicios y la actividad portuaria.

El Hospital Penco-Lirquén desempeña un papel fundamental en la atención de salud de la población de Penco y de las comunas aledañas, contribuyendo significativamente al bienestar de la comunidad.

2.3.3. Red Asistencial: Establecimientos

El territorio de competencia del Servicio de Salud Talcahuano (SST) abarca las comunas de Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé, en la Provincia de Concepción. La sede administrativa del SST se encuentra en la comuna de Talcahuano.

Según los primeros resultados del Censo 2024, la población censada en la Región del Biobío es de 1.613.059 personas. Aunque los datos específicos por comuna aún no están disponibles, se espera que las cifras actualizadas para las comunas bajo la jurisdicción del Servicio de Salud Talcahuano reflejen las tendencias demográficas recientes.

Históricamente, la comuna de Talcahuano ha concentrado una parte significativa de la población atendida por el SST. Un rasgo demográfico clave es la alta concentración urbana; según datos de 2019, el 96,85% de la población residía en

áreas urbanas. La población rural se localiza principalmente en la comuna de Tomé, representando cerca del 9,8% de los habitantes de esa comuna.

Esta distribución demográfica, con una alta densidad urbana en Talcahuano, Hualpén y Penco, y un núcleo rural significativo en Tomé, influye directamente en la configuración de la red de salud. La disposición física de los establecimientos y los modelos de prestación de servicios se adaptan a estas características. Se observa una mayor concentración de hospitales y centros de atención primaria de mayor complejidad (CESFAM, SAR) en las zonas urbanas, mientras que la presencia de establecimientos específicos como las Postas de Salud Rural (PSR) responde directamente a las necesidades de la población dispersa en Tomé, evidenciando un enfoque territorialmente adaptado.

Desde una perspectiva demográfica más detallada (datos 2019), la población del SST presentaba un 47,6% de hombres y un 52,4% de mujeres (razón de feminidad de 110 mujeres por cada 100 hombres). El índice de envejecimiento indicaba 75 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, y el índice de dependencia demográfica era de 48 personas dependientes (menores de 15 y mayores de 64) por cada 100 personas en edad económicamente activa.

El Servicio de Salud Talcahuano opera bajo el modelo de "Red Asistencial", un concepto central en el sistema de salud chileno. Este modelo implica que el conjunto de establecimientos de salud públicos bajo su dependencia debe colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. La red está diseñada para proporcionar una atención integral a lo largo del ciclo vital, abarcando desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Este ecosistema de salud no solo incluye los establecimientos públicos, sino que también busca la articulación con la comunidad organizada y otras organizaciones intersectoriales.

2.3.3.1. Niveles de Atención

La Red Asistencial del SST se organiza funcionalmente en distintos niveles de atención para responder a las diversas necesidades de salud de la población:

Atención Primaria de Salud (APS): Constituye la base y el principal punto de entrada a la red para la mayoría de los usuarios. Se enfoca en la accesibilidad, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención curativa básica, con un fuerte enfoque familiar y comunitario. Este nivel incluye los Centros de Salud Familiar

(CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y las Postas de Salud Rural (PSR).

Atención Secundaria y Terciaria (Red Hospitalaria): Proporciona atención de mayor especialización, incluyendo consultas con especialistas, apoyo diagnóstico complejo, hospitalización y procedimientos quirúrgicos. Está conformada por los tres hospitales de la red (Las Higueras, Tomé y Penco-Lirquén), cada uno con diferentes niveles de complejidad.

Atención de Urgencia y Emergencia: Responde a las necesidades de salud agudas a través de un sistema coordinado que incluye servicios dedicados en distintos niveles: las Unidades de Emergencia Hospitalaria, los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), los Servicios de Alta Resolutividad (SAR) y la atención prehospitalaria a través del Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

La organización de la red en estos niveles, con establecimientos de distinta complejidad (desde Postas Rurales hasta Hospitales de Alta Complejidad), configura un sistema inherentemente jerárquico. Esta estructura implica la existencia de flujos de pacientes y vías de derivación definidas. Idealmente, los usuarios ingresan al sistema a través de la atención primaria (APS) o los servicios de urgencia primaria (SAPU/SAR) y son derivados a los hospitales para consultas especializadas, procedimientos o internaciones según la complejidad de su condición. Este diseño busca optimizar el uso de los recursos, dirigiendo a los pacientes al nivel de atención más adecuado para sus necesidades. La efectividad de este modelo depende crucialmente de una coordinación fluida y un intercambio de información eficiente entre los distintos niveles de la red.

2.3.3.2. Red Hospitalaria

La red hospitalaria del Servicio de Salud Talcahuano está compuesta por tres establecimientos que proveen atención de nivel secundario y terciario, funcionando como centros de referencia para la red de atención primaria de su jurisdicción.

Tabla 5. Hospitales en la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025

Nombre del Hospital	Comuna	Nivel de Complejidad (Oficial)	Tipo
Hospital Las Higueras	Talcahuano	Alta Complejidad	Establecimiento de autogestión en red
Hospital Tomé	Tomé	Alta Complejidad	Establecimiento de autogestión en red
Hospital Penco-Lirquén	Penco	Mediana Complejidad	Establecimiento de autogestión en red

Fuente: Elaboración propia

Hospital Las Higueras (Talcahuano)

Complejidad: Este hospital está oficialmente clasificado como de Alta Complejidad y opera bajo la modalidad de "establecimiento de autogestión en red". Ha superado múltiples procesos de acreditación de calidad, lo que refuerza su estatus como centro de referencia.

Cartera de Servicios Principales: Ofrece una amplia gama de servicios especializados. Entre ellos destacan su Unidad de Emergencia, un Centro de Atención Ambulatoria de Alta Complejidad (CAAAC), Pensionado, el Centro Regional de Diagnóstico de la Mama (CEREDIM), Farmacia, servicios de Procuramiento y Trasplante de Órganos, dispositivos de Salud Mental, la Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS), unidad de Donación de Sangre, atención GES (Garantías Explícitas en Salud), Hospitalización Domiciliaria, Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, Servicio de Obstetricia y Ginecología, y una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Cuenta con especialidades de alta complejidad como Cardiocirugía (realizando intervenciones complejas, incluyendo cirugías valvulares y mínimamente invasivas), Neurocirugía, Nefrología y Oncología. También posee servicios de Imagenología, Cirugía General y potencial para la Investigación Biomédica e Innovación.

Desarrollos Recientes: Se encuentra en ejecución el proyecto de "Normalización Tercera Etapa y Final" (con un 40% de avance físico reportado a mediados de 2025). Además, se presentó a evaluación ministerial un proyecto para habilitar pabellones de Cirugía Mayor Ambulatoria. Recientemente, recibió nuevo equipamiento para su Unidad de Imagenología y ha desarrollado programas innovadores de enfermería en colaboración con universidades locales.

Hospital Tomé (Tomé)

Complejidad: Al igual que Las Higueras, el Hospital de Tomé está clasificado oficialmente como de Alta Complejidad y es un "establecimiento de autogestión en red". También cuenta con acreditaciones de calidad vigentes.

Cartera de Servicios Principales: Proporciona servicios de hospitalización (el proyecto de reposición contempla 208 camas), incluyendo Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos y unidades de corta estadía. Ofrece atención ambulatoria de alta complejidad, con áreas para oncología/quimioterapia y cuidados paliativos. Dispone de Unidad de Emergencia y capacidad quirúrgica. Es importante notar que la información detallada de servicios corresponde en gran medida a la planificación del nuevo hospital en construcción.

Desarrollos Recientes: El proyecto más significativo es la "Reposición Hospital Tomé", actualmente en curso (con un 60% de avance del estudio pre-inversional reportado a mediados de 2023). Este proyecto implica la construcción de un nuevo edificio de aproximadamente 67,000 m², debido a las limitaciones del sitio actual. Busca modernizar significativamente los servicios y ampliar la capacidad. También se reportó un proyecto de habilitación de sala cuna y otras dependencias con un 80% de avance.

Hospital Penco-Lirquén (Penco)

Complejidad: Este centro está clasificado como de Mediana Complejidad. Inauguró un nuevo edificio de 24.556 m² al año 2016.

Cartera de Servicios Principales: Ofrece consultas de especialidad en áreas como Oftalmología, Traumatología, Medicina Interna, Cirugía General, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular, Psiquiatría (adulto e infantil) y diversas especialidades dentales. Realiza cirugías programadas (urgencia en red de Traumatología) en ámbitos como colecistectomías, hernias, cirugía vascular, traumatología y cirugía dental. Cuenta con un servicio de urgencia que utiliza un sistema de categorización.

Desarrollos Recientes: Ha potenciado su Unidad de Laboratorio con la adquisición de nuevo equipamiento. Implementó medidas para mejorar la atención oportuna a personas mayores y realizó actividades participativas con usuarios del programa de Cuidados Paliativos.

La existencia de importantes proyectos de inversión en los tres hospitales (normalización/ampliación en Las Higueras, reposición completa en Tomé y un edificio relativamente nuevo en Penco-Lirquén) demuestra un compromiso

sostenido por parte del SST y las autoridades de salud para modernizar la infraestructura hospitalaria y potencialmente expandir la capacidad de servicios en todo el territorio. La magnitud del proyecto de Tomé es particularmente destacable, sugiriendo un esfuerzo estratégico para fortalecer la atención de alta complejidad en esa zona, posiblemente para reducir la dependencia de derivaciones externas o para abordar problemas de obsolescencia y demanda creciente.

Aunque tanto Las Higueras como Tomé poseen la clasificación oficial de "Alta Complejidad", existen matices operativos. Las Higueras funciona como el principal centro de referencia de alta complejidad dentro de la red del SST, dada la mención de servicios altamente especializados como Trasplante de Órganos y Cardiocirugía. La designación de Tomé refleja su rol crucial para su comuna y área de influencia, proporcionando servicios especializados importantes, pero quizás con cierta dependencia de Las Higueras o centros regionales (como el Hospital Regional de Concepción) para casos de extrema complejidad.

2.3.3.3. Red de Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud (APS) es la piedra angular del modelo de atención del SST. Su enfoque se centra en la salud familiar y comunitaria, la promoción, la prevención, el tratamiento básico y la rehabilitación, sirviendo como la puerta de entrada principal al sistema para la mayoría de los usuarios. La red de APS está compuesta por diversos tipos de establecimientos, diseñados para adaptarse a las diferentes densidades de población y necesidades específicas del territorio.

La red APS del SST incluye las siguientes categorías de establecimientos:

Centros de Salud Familiar (CESFAM): Son los establecimientos principales de la APS, proporcionando atención integral con equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, asistentes sociales, kinesiólogos, nutricionistas, técnicos paramédicos y personal administrativo.

Dotación: Son 12 CESFAMs en la red.

Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): Establecimientos de menor tamaño que brindan servicios básicos de salud, ubicados estratégicamente en localidades con mayor necesidad o dificultades de acceso. Funcionan bajo la dependencia de un CESFAM para prestaciones más complejas.

Dotación: 17 CECOSFs.

Postas de Salud Rural (PSR): Diseñadas específicamente para atender a las poblaciones rurales, ofreciendo acciones básicas de salud.

Dotación: Se reportan de manera consistente 4 PSRs en la red.

Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM): Centros especializados dentro de la APS dedicados a la atención de salud mental.

Dotación: 1 COSAM en la red.

Tabla 6. Resumen de tipos de establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) de la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025

Tipo de Establecimiento	Descripción	Dotación (según datos recientes de red)
CESFAM	Centro de atención primaria integral	12
CECOSF	Centro comunitario de atención básica	17
PSR	Puesto de salud rural	4
COSAM	Centro comunitario de salud mental	1

Fuente: Elaboración propia

La considerable cantidad de puntos de atención primaria (un total de 34 establecimientos sumando CESFAM, CECOSF, PSR y COSAM) demuestra un fuerte énfasis estratégico en la accesibilidad y la atención comunitaria dentro del SST. La combinación de CESFAMs (centros integrales), CECOSFs (proximidad y atención básica), PSRs (enfoque rural) y un COSAM (salud mental) sugiere un enfoque escalonado dentro de la propia APS. Este diseño busca adaptar la oferta de servicios a las diversas necesidades de la población distribuida en las cuatro comunas, asegurando una cobertura amplia y pertinente, incluyendo la integración de la salud mental en el nivel primario.

2.3.3.4. Red de Urgencia y Emergencia

El Servicio de Salud Talcahuano aborda la atención de urgencia y emergencia mediante un sistema coordinado que involucra servicios a nivel hospitalario, de atención primaria y atención prehospitalaria, estructurado para responder a distintos niveles de gravedad.

Componentes de la Red de Urgencia

La red está conformada por los siguientes dispositivos:

Servicios de Emergencia Hospitalaria: Ubicados en cada uno de los tres hospitales de la red (Las Higueras, Tomé y Penco-Lirquén). Están equipados para manejar emergencias de mayor complejidad.

Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Generalmente adosados a los CESFAM, proporcionan atención de urgencia fuera del horario habitual de estos centros. Se enfocan en patologías de baja a mediana complejidad.²

Dotación: 6 SAPUs en la red.

Servicios de Alta Resolutividad (SAR): Diseñados para aumentar la capacidad resolutiva de la atención primaria y descongestionar las urgencias hospitalarias. Operan usualmente en horario vespertino y nocturno (ej. 17:00 a 08:00 hrs) y cuentan con capacidades diagnósticas mejoradas como laboratorio básico, rayos X osteopulmonar y acceso a telemedicina.

Dotación: 4 SARs en la red.

Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU): Proporciona la respuesta médica prehospitalaria a emergencias y el transporte sanitario avanzado.

Dotación: 6 Bases SAMU.

Tabla 7. Componentes de la Red de Urgencia y Emergencia de la Red Servicio de Salud Talcahuano, 2025

Componente	Descripción	Dotación	Nivel
Servicios Emergencia Hospital	Emergencias de mayor complejidad	3	Hospitalario
SAPU	Urgencias de atención primaria	6	APS
SAR	Urgencias de alta resolución en APS	4	APS
Bases SAMU	Respuesta prehospitalaria y transporte	6	Prehospitalario

Fuente: Elaboración propia

La estructura de la red de urgencia, con múltiples puntos de atención no hospitalarios (6 SAPU y 4 SAR) además de las urgencias hospitalarias, evidencia una estrategia clara para gestionar la demanda y asegurar el uso apropiado de los recursos. Los SAR, en particular, están explícitamente diseñados para ser altamente resolutivos y aliviar la presión sobre los hospitales. La propia orientación del Hospital Penco-Lirquén, que dirige a pacientes de menor gravedad hacia la APS/SAPU 14, refuerza esta lógica. Este sistema escalonado (SAPU para urgencias básicas, SAR

para mayor resolución en APS, Urgencia Hospitalaria para alta complejidad) busca filtrar la demanda, tratando eficientemente los casos menos complejos en el nivel primario para reservar los recursos hospitalarios para las verdaderas emergencias. Esto es crucial para la eficiencia del sistema y para prevenir la saturación de las urgencias hospitalarias, un desafío común en los sistemas de salud.

El Servicio de Salud Talcahuano gestiona una Red Asistencial compleja y estructurada, responsable de la atención de salud pública para una población significativa en las comunas de Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé. Su estructura se caracteriza por ser multinivel, integrando una robusta red de Atención Primaria de Salud (APS) como base, una red hospitalaria con distintos grados de complejidad, y un sistema escalonado de atención de urgencia y emergencia.

Entre las fortalezas de la red destacan su amplia cobertura territorial, especialmente a nivel primario con un número considerable de CESFAM, CECOSF y PSR adaptados a las necesidades urbanas y rurales. Se evidencia un claro enfoque estratégico en la integración de los distintos niveles de atención, la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente, y la satisfacción usuaria. Los esfuerzos de modernización son notables, particularmente a través de significativas inversiones en infraestructura hospitalaria y la incorporación planificada de herramientas de salud digital como la ficha clínica electrónica.

En resumen, el Servicio de Salud Talcahuano desempeña un rol vital en la provisión de servicios de salud en su jurisdicción. Su Red Asistencial, organizada jerárquicamente y con un fuerte componente de atención primaria, refleja los principios del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile. Las iniciativas estratégicas y las inversiones en curso indican un esfuerzo continuo por adaptarse a las necesidades cambiantes de la población y mejorar la calidad, eficiencia y accesibilidad de la atención, consolidando su función esencial dentro del panorama sanitario de la Región del Biobío.

2.3.4. Informe Demográfico: Comuna de Penco (Basado en Datos Disponibles y Proyecciones 2024)

Es fundamental contextualizar la disponibilidad de la información censal. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile está llevando a cabo la publicación de los

resultados del Censo 2024 de manera progresiva. Los primeros resultados agregados, que incluyen los totales de personas, hogares y viviendas a nivel nacional, regional y comunal, fueron anunciados para su entrega a partir de marzo de 2025. Posteriormente, a lo largo de 2025, se liberarán resultados temáticos específicos que abarcan aspectos como fecundidad, migración interna e internacional, características de la población (pertenencia a pueblos originarios, población afrodescendiente, discapacidad, género, religión, nivel educativo), entre otros. La publicación de la base de datos completa, anonimizada, junto con la cartografía censal y la actualización de las proyecciones de población, está prevista para el segundo semestre de 2025 y enero de 2026.

Esta situación implica que, a la fecha de elaboración de este informe, no todos los datos desagregados y definitivos correspondientes específicamente a la comuna de Penco, derivados directamente del operativo censal 2024, han sido publicados oficialmente por el INE.

Ante este escenario, el presente análisis adopta una metodología mixta. Se utilizarán los datos oficiales del Censo 2024 que ya han sido liberados a nivel nacional y para la Región del Biobío, con el fin de establecer un contexto robusto y actualizado. Para abordar las características específicas de la comuna de Penco, se recurrirá a las proyecciones de población más recientes disponibles para el año 2024. Estas proyecciones, elaboradas principalmente por la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) de Chile, se basan en la información del Censo 2017 y otros registros administrativos.

A lo largo del informe, se indicará explícitamente la fuente de cada dato (Censo 2024 oficial o Proyección 2024 BCN/INE) para garantizar la transparencia y la correcta interpretación de la información presentada.

2.3.4.1. Penco en el Contexto de los Primeros Resultados del Censo 2024 (Nivel Regional y Nacional)

Los primeros resultados oficiales del Censo 2024 indican que la Región del Biobío registró un total de **1.613.059** personas efectivamente censadas. Esta cifra posiciona a Biobío como la *tercera región más poblada de Chile*, representando el 8.7% del total nacional censado (18.480.432 personas), solo superada por la Región Metropolitana (7.400.741 personas, 40%) y la Región de Valparaíso (1.896.053 personas, 10.3%).³

Es relevante notar que la población oficialmente censada en Biobío (1.613.059) es inferior a la cifra proyectada por BCN para 2024 (1.686.225). Esta diferencia, de más de 73.000 personas a nivel regional, es considerable y subraya la importancia de esperar los resultados censales oficiales a nivel comunal antes de dar por definitivas las proyecciones. Podría deberse a múltiples factores, como tasas de crecimiento real inferiores a las estimadas, dinámicas migratorias no capturadas completamente por las proyecciones, o aspectos metodológicos y de cobertura del propio censo. Esta discrepancia introduce una necesaria cautela respecto a la precisión de la proyección específica para Penco (50.189 habitantes). Utilizando la población regional censada, la proyección de Penco representaría aproximadamente el 3.1% de la población regional. Este porcentaje deberá ser recalculado con los datos oficiales de Penco cuando el INE los publique.

Los datos nacionales y regionales del Censo 2024 confirman y cuantifican tendencias demográficas estructurales que son relevantes para Penco:

Envejecimiento Poblacional: A nivel nacional, el Censo 2024 ratifica la marcada tendencia al envejecimiento. El porcentaje de personas de 65 años o más ha aumentado consistentemente, pasando del 6.6% en 1992 al 14.0% en 2024. El índice de adultos mayores (personas de 65+ por cada 100 menores de 15) también ha mostrado un incremento sustancial a nivel país. La proyección para Penco, que estima un 15.1% de población de 65 años o más y un IAM de 84.96, no solo se alinea con esta tendencia nacional confirmada, sino que sugiere una intensificación de este proceso en la comuna, superando los promedios nacionales proyectados. *Esto posiciona a Penco como un reflejo, y quizás una versión acelerada, del envejecimiento demográfico chileno.*

Descenso de la Fecundidad: El Censo 2024 confirma la continuación de la tendencia a la baja en la fecundidad. A nivel nacional, solo el 56.6% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) declararon tener hijos/as nacidos vivos, una cifra que sigue descendiendo desde el 70.7% registrado en 1992. Particularmente notable es la caída de la fecundidad adolescente (mujeres de 15 a 19 años con hijos/as), que se situó en solo un 2.0% a nivel nacional en 2024, mostrando un descenso drástico desde censos anteriores.

En este contexto, la Región del Biobío se destaca positivamente por registrar una de las tasas de fecundidad adolescente más bajas del país en 2024, con un 1.7%. La fecundidad general en edad fértil en la región (reportada como 56.3%) también es baja y muy similar al promedio nacional. Es altamente probable que esta baja fecundidad regional se refleje en Penco, lo que explicaría en parte la reducción proyectada del grupo de edad 0-14 años (17.8% en la proyección 2024). Una menor

base de población joven contribuye directamente al envejecimiento relativo de la estructura poblacional, impulsando el aumento del IAM. Si bien la baja fecundidad adolescente tiene implicaciones sociales y sanitarias positivas, refuerza la tendencia de envejecimiento a largo plazo.

Migración Internacional y Nacional: El Censo 2024 evidencia un aumento significativo de la población nacida en el extranjero residente en Chile, alcanzando el 8.8% del total nacional. Los principales países de origen son Venezuela (41.6% de la población migrante), Perú (14.5%) y Colombia (12.3%).¹² En cuanto a la migración interna reciente (cambio de residencia en los últimos 5 años), la Región Metropolitana presenta la menor proporción de inmigrantes internos (2.7%), mientras que regiones como Los Ríos (10.9%), Aysén (10.6%) y Ñuble (9.6%) muestran mayores tasas de atracción de población desde otras regiones. Para Penco, la información disponible proviene de proyecciones basadas en el Registro Social de Hogares (RSH) a enero de 2024, que indicaban un 1.1% de población extranjera en la comuna. Este porcentaje es considerablemente inferior al promedio nacional del Censo 2024 (8.8%), al promedio nacional según RSH (6.4%) y al promedio regional según RSH (1.7%). Aunque los datos de RSH y Censo no son directamente comparables por metodología y cobertura, ambas fuentes sugieren que Penco no ha sido, hasta principios de 2024, un foco principal de atracción para la inmigración internacional reciente en comparación con otras zonas del país o incluso de la propia región. Factores como las oportunidades económicas locales, la disponibilidad de vivienda o la configuración de redes migratorias podrían explicar esta menor presencia relativa. Será crucial verificar esta información con los datos específicos del Censo 2024 para Penco cuando sean publicados por el INE, dado que los flujos migratorios pueden variar rápidamente.

2.3.4.2. Grupos Específicos de Población en Penco (Basado en Proyecciones/RSH)

Esta sección utiliza datos del Registro Social de Hogares (RSH) a enero de 2024, según lo reportado por BCN, para caracterizar preliminarmente a grupos específicos en Penco, a la espera de los datos censales definitivos.

A. Población Indígena

De acuerdo con la información del RSH de enero de 2024, un 6.4% de las personas registradas en Penco declararon pertenecer a algún pueblo indígena u originario.

Este porcentaje es inferior a los promedios registrados en la misma fuente y fecha para la Región del Biobío (7.2%) y para el total del país (9.0%).

Esta cifra sugiere que la proporción de población que se autoidentifica como indígena en Penco, si bien relevante, es menor que en su contexto regional y nacional. Esto podría estar relacionado con patrones históricos de asentamiento, procesos migratorios diferenciales o factores asociados a la autoidentificación. Es importante recordar que esta información proviene del RSH, que puede tener diferencias de cobertura y registro respecto al Censo. Los resultados del Censo 2024, que incluyen preguntas específicas sobre pertenencia a pueblos originarios, proporcionarán una medición más precisa y completa de esta variable para la comuna.

B. Población Extranjera

Como se mencionó anteriormente, los datos del RSH a enero de 2024 indicaban que un 1.1% de las personas registradas en Penco eran extranjeras. Se reitera la comparación con los promedios de la misma fuente para la región (1.7%) y el país (6.4%), así como con el dato oficial del Censo 2024 a nivel nacional (8.8% de población nacida en el extranjero).

La consistencia entre las distintas fuentes (aunque con diferentes magnitudes) apunta a una menor presencia relativa de población extranjera en Penco a principios de 2024 en comparación con el promedio nacional. No obstante, se debe esperar la publicación de los datos comunales del Censo 2024 para confirmar esta situación y analizar en detalle las características de la población migrante residente en la comuna.

2.3.4.3. Resumen del Perfil Demográfico (Basado en Proyecciones y Contexto Censal)

El análisis combinado de las proyecciones demográficas para 2024 y el contexto proporcionado por los primeros resultados oficiales del Censo 2024 permite trazar un perfil preliminar de la comuna de Penco:

Se proyecta como una comuna de tamaño medio (aproximadamente 50.000 habitantes), con un crecimiento poblacional estimado como moderado en el período intercensal reciente. Su carácter es abrumadoramente urbano, con una proporción de población rural mínima y en descenso proyectado.

La estructura demográfica proyectada evidencia un claro e intenso proceso de envejecimiento poblacional, caracterizado por una disminución relativa de los grupos jóvenes y un aumento significativo de la población de 65 años y más. Este envejecimiento parece ser más acentuado que el promedio nacional, reflejado en un alto Índice de Adultos Mayores proyectado.

Se estima una mayor proporción de mujeres que de hombres, resultando en un Índice de Masculinidad inferior al promedio nacional.

La tendencia a la baja fecundidad, confirmada por el Censo 2024 para la Región del Biobío (especialmente la fecundidad adolescente), probablemente se manifiesta también en Penco, contribuyendo al proceso de envejecimiento.

La presencia relativa de población que se autoidentifica como indígena y de población extranjera, según datos preliminares del RSH, parece ser menor en Penco que los promedios regional y nacional a principios de 2024.

El marcado envejecimiento poblacional requerirá una planificación proactiva en áreas como la adecuación de los servicios de salud (atención geriátrica, enfermedades crónicas), el fortalecimiento de los sistemas de cuidados de larga duración, la sostenibilidad de las pensiones y la adaptación del entorno urbano (accesibilidad, vivienda).

La consolidada urbanización exige un enfoque continuo en la mejora y expansión de la infraestructura (transporte, saneamiento, servicios básicos) y la gestión de los desafíos propios de las ciudades (seguridad, empleo urbano, calidad ambiental).

La dinámica migratoria, que según datos preliminares parece ser de baja intensidad en cuanto a inmigración internacional, deberá ser monitoreada de cerca con los datos censales oficiales para comprender su impacto real en la estructura social y económica local y ajustar las políticas de integración si fuese necesario.

Es fundamental reiterar que una parte significativa de este análisis específico para Penco se basa en proyecciones y datos de registros administrativos como el RSH, no en los resultados finales del Censo 2024. La discrepancia observada entre la población proyectada y la censada a nivel regional aconseja interpretar estas cifras comunales con prudencia. Los gráficos presentados, basados en proyecciones, deberán ser actualizados una vez que los datos oficiales estén disponibles.

2.4. Producción Hospitalaria

2.4.1. Servicios y prestaciones

El Hospital Penco Lirquén cuenta con una variada oferta de especialidades médicas, entre las que se incluyen Oftalmología, Traumatología, Medicina Interna, Cirugía General de Adulto, Otorrinolaringología, Psiquiatría (Adulto e Infantil), Salud Ocupacional, Pediatría, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología de Adulto, Geriátrica, Anestesiología, Obstetricia, Ginecología de Adulto, Gastroenterología, Urología, Medicina Familiar y Cardiología de Adulto.

Durante el año 2024 se realizaron 40.658 consultas médicas de especialidad, lo que representa un aumento del 9,8 % respecto al año anterior. Esta cifra refleja una tendencia sostenida al alza tras la disminución observada en 2020 producto de la pandemia por COVID-19. La evolución histórica de las consultas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 8. Cantidad de consultas médicas de especialidad realizadas durante los años 2014 al 2024, Hospital Penco Lirquén

AÑO	HOSPITAL PENCO LIRQUEN
2014	11.321
2015	11.300
2016	13.277
2017	24.956
2018	35.013
2019	32.686
2020	18.621
2021	29.741
2022	33.438
2023	37.030
2024	40.658

Fuente: DEIS/Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Se observa un crecimiento significativo a partir del año 2017, con un alza sostenida en el número de consultas, interrumpida solo por la baja en 2020 asociada a la pandemia. Posteriormente, la actividad se ha ido recuperando y superando los niveles prepandémicos, consolidándose en 2024 con la cifra más alta del periodo.

Las consultas médicas de especialidad en el Hospital muestran una mayor demanda en Traumatología y Ortopedia, así como en Medicina Interna, concentrando el 10,7 % y 9,4 % del total, respectivamente.

Tabla 9. Número de Consultas Médicas por especialidad, realizadas en el Hospital Penco-Lirquén durante los años 2014-2024

Hospital Penco Lirquén	Años										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pediatría	381	194	316	942	1768	1660	473	1093	1443	1380	1612
Medicina interna	319	575	717	2499	2438	1571	779	1529	2194	2945	3829
Cardiología Adulto										228	566
Gastroenterología adulta	--	--	--	628	1529	1706	1074	1751	1785	1578	2324
Geriatría										58	292
Dermatología	--	--	--		1340	712	--		0	0	0
Medicina física y rehabilitación adulto	--	--	46	79	1315	1502	539	1160	1529	1531	1638
Neurología Adulta	387	288	--	--	1772	2153	754	1688	1766	2048	2698
Psiquiatría (Adulto e Infantil)	2098	2167	2314	2687	2990	3398	1419	2727	2946	3472	3676
Cirugía Vascular Periférica	606	309	705	643	957	600	--		0	0	0
Cirugía Pediátrica	--	--	--	158	371	453	313	375	0	8	
Cirugía general adulto	2018	1892	1697	2798	3842	3587	1693	3255	3591	3878	3738
Anestesiología	--	--	--	932	2436	2247	1625	1804	3151	2403	2339
Obstetricia	--	--	--	--	--	--	1007	849	696	600	596
Ginecología adulta	588	323	426	1769	2025	1954	1036	1547	1990	2351	1566
Oftalmología	1532	1694	2086	2752	2749	2133	1236	1678	2150	2449	2162
Otorrinolaringología	748	580	952	1757	1928	2068	1684	1406	1344	1704	2339
Traumatología y ortopedia adulto	1981	1036	1524	4385	4388	4112	2655	3759	3858	4026	4352
Urología adulta	--	--	--	1559	1620	1578	873	1369	1333	1595	1383
Medicina Familiar	663	897	1140	1368	1545	1252	1461	2216	1915	2799	3171
Salud Ocupacional	--	1345	1354	1314	1463	1706	1364	1535	1747	1977	2377
TOTAL	11321	11300	13277	26270	36476	34392	19985	29741	33438	37030	40658

Fuente: DEIS/Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Respecto a las consultas y controles efectuados por profesionales no médicos, el personal de Enfermería representó el 35.9% del total de atenciones, seguido por Nutrición con un 25.8% y Tecnología Médica con un 8.5% (ver Tabla 17).

Tabla 10. Número de consultas y controles realizados por profesionales no médicos año 2024

Profesionales		TOTAL 2024
		Hospital Penco Lirquén
Enfermera		5903
Matrona	Aro	
	Ginecología Y otros	1606
Nutricionista		2454
Psicólogo (excluye SM)		1072
Fonoaudiólogo		0
Tecnólogo médico		1233
Asistente social		1106
TOTAL		12311

Fuente: DEIS/ Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén *excluye PRAIS

Con relación a la actividad odontológica y como muestra la tabla revela una sólida y creciente actividad en diversas especialidades odontológicas a lo largo del periodo analizado. Se observa un notable dinamismo con picos de actividad en ciertos años, lo que indica una capacidad de adaptación y respuesta a las necesidades de los pacientes. Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial lidera el volumen de consultas en 2024, representando aproximadamente el 33.8% del total general. Le siguen Endodoncia con cerca del 13.3% y Odontopediatría con alrededor del 11.7% del total de consultas de ese año. Además, se aprecia un interés creciente en áreas como Implantología Buco Maxilofacial, especialmente en la captación de nuevos pacientes recientemente. La fidelización de pacientes es un punto fuerte, como lo demuestra el alto volumen de consultas repetidas en la mayoría de las áreas. Tras un periodo particular (debido a la pandemia), se evidencia una tendencia general de recuperación y un renovado impulso en la atención odontológica.

Tabla 11. Número de prestaciones odontológicas realizadas durante los años 2017 al 2024, Hospital Penco Lirquén

Especialidad Odontológica	Prestación	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cirugía y traumatología maxilofacial	Primeras consultas	428	371	625	334	559	566	513	666
	Consultas repetidas	740	837	979	570	890	813	1067	939
	TOTAL DE CONSULTAS	1168	1208	1604	904	1449	1379	1508	1605
Endodoncia	Primeras consultas	649	797	755	296	347	574	541	510
	Consultas repetidas	870	145	1566	452	432	1048	1242	1080
	TOTAL DE CONSULTAS	1519	942	2321	748	779	1622	1783	1509
Odontopediátrica	Primeras consultas	341	226	201	74	147	94	194	188
	Consultas repetidas	1429	1791	1011	558	1363	892	1459	1208
	TOTAL DE CONSULTAS	1770	2017	1212	632	1510	986	1653	1396
Operatoria	Primeras consultas	0	0	0	9	117	1	0	0
	Consultas repetidas	93	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL DE CONSULTAS	93	0	0	9	117	1	0	0
Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial	Primeras consultas	24	26	411	181	579	214	286	333
	Consultas repetidas	1944	2029	2177	3498	5850	3579	3784	3711
	TOTAL DE CONSULTAS	1968	2055	2588	3679	6429	3793	4070	4044
Periodoncia	Primeras consultas	121	260	200	51	152	162	194	178
	Consultas repetidas	755	113	1275	434	787	747	875	1003
	TOTAL DE CONSULTAS	876	373	1475	485	939	909	1069	1181
Rehabilitación: prótesis fija	Primeras consultas	0	0	181	84	43	109	113	116
	Consultas repetidas	0	0	59	128	270	310	517	408
	TOTAL DE CONSULTAS	0	0	240	212	313	419	630	524
Rehabilitación: prótesis removible	Primeras consultas	774	555	629	191	343	378	367	320
	Consultas repetidas	314	3957	3948	1177	2177	1970	2181	1508
	TOTAL DE CONSULTAS	1088	4512	4577	1368	2520	2348	2548	1918
Rehabilitación: prótesis implantoasistida	Primeras consultas	0	0	0	17	0	63	24	0
	Consultas repetidas	0	0	0	29	0	0	0	0
	TOTAL DE CONSULTAS	0	0	0	46	0	63	24	0
Implantología buco maxilofacial	Primeras consultas	0	19	125	65	129	117	134	154
	Consultas repetidas	79	1111	196	625	898	1206	1248	1061
	TOTAL DE CONSULTAS	79	1130	321	690	1027	1323	1382	1215
TOTALES ESPECIALIDADES	Primeras consultas	2337	2254	3127	1302	2416	2278	2366	2465
	Consultas repetidas	6224	9983	11211	7471	12667	10565	12373	10984
	TOTAL DE CONSULTAS	8561	12237	14338	8773	15083	12843	14739	13449

Fuente: DEIS/Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

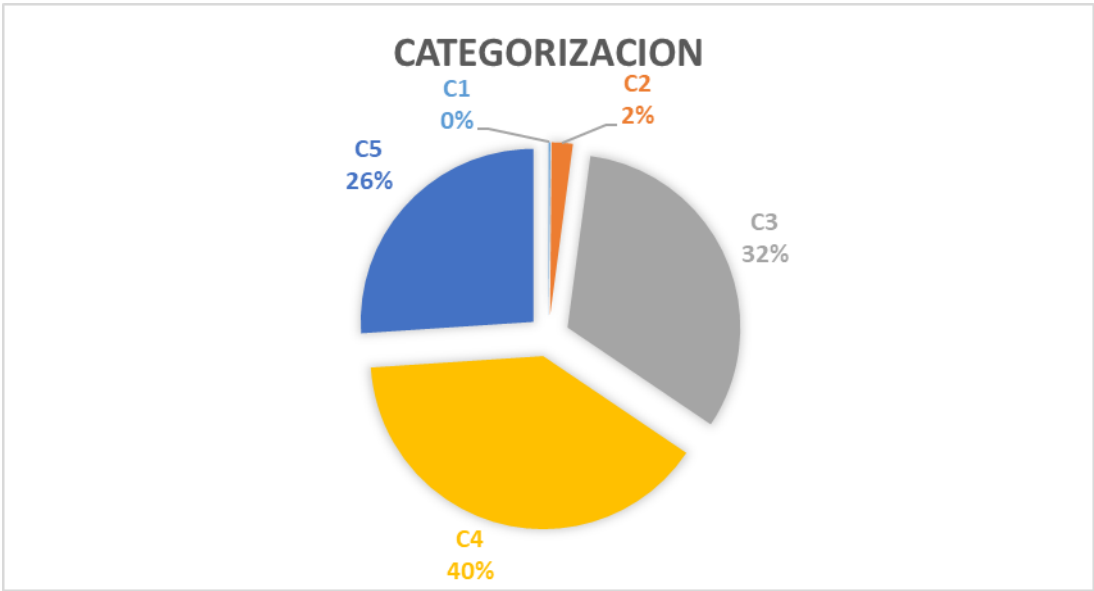
Como se observa en la tabla siguiente, las atenciones de urgencia han disminuido de manera progresiva. Entre los factores que explican esta tendencia se encuentran la apertura del SAR a mediados de 2017 —el cual funcionó con intermitencias durante 2023— y la reducción de atenciones categorizadas como C4 y C5 a partir de la pandemia en 2020. Cabe señalar que dicha disminución ha estado acompañada por un aumento en las atenciones clasificadas como C3 y C2:

Tabla 12. Número de Atenciones en Urgencia durante los años 2014-2024, Hospital Penco Lirquén

Urgencia Hospitalaria	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hospital Penco Lirquén	41.971	40.413	43.043	41.843	37.495	39.094	23.855	26.463	36.652	40.173	3244

Fuente: DEIS/ Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Gráfico / Imagen 3. Distribución de la Categorización de usuarios y usuarias año 2024, Hospital Penco Lirquén



Fuente: DEIS/Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

La Tabla N°13 desglosa el número de intervenciones mayores y menores realizadas desde el año 2014 al año 2024. Se observa un aumento significativo en el año 2022, atribuido a la reactivación postpandemia y sus efectos en la salud de la población. Este incremento se ha mantenido durante el año 2024.

Tabla 13. Número de intervenciones quirúrgicas realizadas 2014-2024 Hospital Penco-Lirquén

Tipo de intervención	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Electivas mayores no ambulatorias	353	411	400	810	1249	1376	543	218	502	344	558
Electivas mayores ambulatorias	0	0	38	477	513	739	390	970	1405	1272	1571
Menores	0	0	0	391	1103	1306	577	1117	1188	1435	1423
TOTAL, INTERVENCIONES	353	411	438	1678	2865	3421	1510	2305	3095	3051	3552

Fuente: DEIS/ Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

Con respecto a los exámenes de diagnósticos realizados por el establecimiento durante el año 2024, la producción alcanzó a 820.116, cuya distribución por tipo se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 14. Número total de exámenes de diagnóstico realizados por el Hospital Penco-Lirquén por tipo de examen, año 2024

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO 2024		
I	HEMATOLOGICOS	296796
II	BIOQUIMICOS	339025
III	HORMONALES	15968
IV	GENETICA	0
V	INMUNOLOGICOS	23793
VI	A) bacterias y hongos	19950
	B) parásitos	439
	C) virus	1449
VII	PROCEDIMIENTO O DETERMINACION DIRECTA C/PACIENTE	0
VIII	EX. DE DEPOSICIONES EXUDADOS. SECREC. Y OTROS LIQ.	921
IX	ORINA	84997
Total exámenes laboratorio 2024		78333

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO 2024		
I. a)	EX. RADIOLOGICOS SIMPLES	27566
I. b)	EX. RADIOLOGICOS COMPLEJOS	0
II.	TOMOGRAFIA AXIAL COMP.	9112
III	Ecotomografías (Sin Ecografía Obstétrica Y Abdominal)	1000
	Ecografías Obstétricas	594
	Ecotomografías Abdominal	269
Total exámenes Imagenología 2024		37678
TOTAL, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO		820116

Fuente: DEIS/ Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

La tabla N°15, muestra el número de egresos hospitalarios desde el año 2017 al año 2024, evidenciándose al igual que otros indicadores de gestión, un aumento en el año 2021 producto de la reactivación postpandemia y el impacto que generó en la salud de la población.

Tabla 15. Número de Egresos Hospitalarios años 2017 al 2024, Hospital Penco Lirquén

Egresos Hospitalarios	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hospital Penco Lirquén	2459	2719	2868	2059	3095	2513	2412	2752

Fuente: DEIS/Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

2.5. Políticas institucionales y descripción de Áreas

En este acápite se presentan las políticas del Hospital Penco-Lirquén como contexto para el desarrollo de la Planificación Estratégica. Estas definiciones establecen el marco de operación que permite definir las estrategias que de esta asesoría se desprenden, y que serán, por lo tanto, la base para que las mismas áreas actualicen sus políticas y descripciones en concordancia a los nuevos desafíos que la Planificación Estratégica 2025-2028 establezca como carta conductora institucional.

2.5.1. Política de Control Interno

El Hospital Penco Lirquén, en concordancia con los principios que rigen la gestión pública y los lineamientos del Sistema de Gestión Institucional, se compromete a utilizar el Sistema de Control Interno Institucional como una herramienta de supervisión para garantizar una gestión eficiente. Dicho sistema busca proporcionar un nivel razonable de seguridad, alcanzando de manera eficiente los objetivos institucionales; promoviendo la aplicación permanente de los principios orientadores contenidos en la normativa vigente (COSO – Resolución Exenta N° 1485 de la Contraloría, DS 38, DS 83).

El control interno es responsabilidad de todos los funcionarios que participan directamente en los procesos, incluyendo aquellos encargados de supervisión y evaluación.

Asimismo, los directivos asumen el compromiso de cumplir con los valores éticos institucionales, ejecutando los procesos con integridad, probidad y transparencia de la función, junto con ser los responsables jerárquicos de la supervisión y evaluación del sistema.

La Política de Control Interno se desarrolla con base en los siguientes lineamientos:

- La estructura orgánica debe contener a lo menos: manual de organización, de procedimientos, designación de funciones, planes y programas, para lograr una garantía razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Debe existir una supervisión competente que garantice el logro de los objetivos de control interno, mediante liderazgo estratégico, enfoque en la prevención, coordinación con organismos externos de control, evaluación de lo gestión del riesgo y evaluación continua del sistema.
- Las estructuras de control interno deben proporcionar una garantía razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales, en conformidad con el marco regulatorio vigente.
- La directoria y su equipo directivo deben vigilar constantemente las operaciones del establecimiento y adoptar inmediatamente las medidas

necesarias ante cualquier irregularidad o incumplimiento de los principios de economía, eficiencia y eficacia.

- Los directivos y funcionarios deben mantener en todo momento una actitud positiva y de apoyo hacia los controles internos.
- Los directivos y funcionarios deben caracterizarse por su integridad personal y profesional, así como poseer un nivel de competencia necesaria que les permita comprender la importancia del desarrollo, aplicación y mantenimiento de controles internos efectivos y alcanzar los objetivos.
- La estructura de control interno, así como todas las transacciones y hechos significativos, deben estar debidamente documentados y disponibles para su verificación.
- Todas las transacciones y hechos significativos deben registrarse de manera inmediata y ser clasificados correctamente. Y sólo podrán ser autorizados y ejecutados por aquellas personas con las competencias correspondientes.
- Las tareas y responsabilidades esenciales ligadas a la autorización, procesamiento, registro y revisión de las transacciones y hechos; deben asignarse a distintas personas para garantizar una adecuada segregación de funciones.

2.5.2. Política de Auditoría

La Auditoría interna está enfocada en supervisar el cumplimiento y la difusión de las Normas Técnicas clínicas y administrativas, garantizando el uso eficiente de los recursos del Estado, velando por el ejercicio correcto de las funciones públicas, la corrección continua de procedimientos y la prevención de riesgos del establecimiento conforme a los principios de probidad y transparencia.

Plan de Acción de Auditoría

El Plan de Acción del área de auditoría prioriza los siguientes ámbitos de gestión:

Aseguramiento de la Probidad Administrativa y la Transparencia

Realizar actividades de aseguramiento en diversas entidades del Estado sobre la probidad administrativa y la transparencia en la función pública, ya sea de manera directa o en materias asociadas a estos temas dentro de procesos relacionados. Elaborar un informe mensual de facturación que refleje la recuperabilidad y gestión del cobro.

Mantenimiento, mejoramiento y aseguramiento del Proceso de Gestión de Riesgos

Dar cumplimiento con las directrices establecidas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

Implementar medidas encaminadas a gestionar con eficacia los riesgos, especialmente aquellos de mayor impacto para la entidad, informando sobre ellos al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

Disponer de los recursos necesarios para la correcta implementación y funcionamiento del Proceso de Gestión de Riesgos.

Examen del Sistema de Control Interno Financiero y No Financiero

Ejecutar actividades de aseguramiento basadas en el Marco de Control Interno COSO 2013, abarcando temas como el soporte de la gestión, procesos financieros y contables, gestión de recursos humanos y sistemas de Información. Cuyo propósito es evaluar el cumplimiento de la normativa, confiabilidad de la información, la eficacia de los procesos y el registro adecuado de las operaciones.

Evaluación de los Sistemas de Control Interno

Realizar auditorías sobre los sistemas de control interno implementados en las distintas entidades del Estado, para verificar su capacidad de garantizar el cumplimiento normativo que los regulan y la correcta administración de recursos públicos. Supervisando la implementación de medidas correctivas en respuesta a observaciones y recomendaciones de la Contraloría General de la República y de las Unidades de Auditoría Interna.

El auditor interno del Hospital Penco Lirquén en el desempeño de sus funciones actuará con objetividad, imparcialidad e independencia respecto de las demás áreas de la organización. No tendrá autoridad ni responsabilidad sobre actividades operativas donde realice actividades de aseguramiento.

El auditor interno del Hospital Penco Lirquén tiene autorización para:

- Acceder sin restricciones a todas las funciones, registros bienes y personal del establecimiento.
- Acceder en forma total y libre al jefe de Servicio, Siguiendo los protocolos institucionales.
- Asignar recursos, definir frecuencias, seleccionar temas, determinar alcances de trabajo y aplicar técnicas de auditoría según los objetivos del área.

- Obtener la asistencia necesaria del personal en las áreas del establecimiento donde se realicen trabajos de auditoría, como también de servicios especializados realizados tanto internos como externos.

El auditor del Hospital Penco Lirquén no tiene autorización a:

- Realizar tareas operativas para la organización.
- Iniciar o aprobar transacciones contables ajenas a la función de auditoría.
- Dirigir actividades del personal fuera del área de Auditoría Interna, salvo que estos formen parte de los equipos de auditoría o colaboren en sus funciones.

2.5.3. Política de Gestión de procesos clínicos y de apoyo

El Hospital Penco Lirquén orienta su Política de Gestión de Procesos Clínicos y de Apoyo al mejoramiento continuo de la eficiencia operativa en las áreas clínicas, con el propósito de satisfacer las expectativas de los usuarios y optimizar el uso de los recursos institucionales.

Para alcanzar estos objetivos, esta política se fundamenta en los siguientes componentes estratégicos:

- Gestión directa mediante una comunicación efectiva y bidireccional.
- Fortalecimiento sistemático de los procesos clínicos del establecimiento.
- Compromiso con la calidad asistencial y la seguridad del paciente, a través del cumplimiento de los estándares de acreditación vigentes.

El Plan de Acción se estructura en tres áreas clave:

1. Área de Urgencia

- Adaptar el proceso de atención a la normativa del Ministerio de Salud, respondiendo a la realidad local.
- Garantizar atención multidisciplinaria continua, los 365 días del año.
- Ejecutar diagnósticos y tratamientos en el menor tiempo posible, asegurando calidad y oportunidad.
- Identificar y abordar nodos críticos mediante planes de mejora basados en criterios de eficiencia y sustentabilidad.

- Evaluar periódicamente los avances y resultados.

2. Área de Atención Cerrada

- Organizar el funcionamiento de las unidades de hospitalización institucional y domiciliaria.
- Asegurar el uso transparente y eficiente de los recursos clínicos y administrativos.
- Promover la planificación individual de las unidades, coordinando entre ellas.
- Fomentar la autonomía operativa de las jefaturas en aspectos logísticos y administrativos.
- Implementar herramientas de gestión que fortalezcan el modelo de atención del hospital.

3. Área de Atención Ambulatoria

Incluye las especialidades médicas y quirúrgicas, Psiquiatría y Salud Mental, Cuidados Paliativos, PRAIS y odontología. Sus principales objetivos son:

- Brindar atención de calidad, oportuna y centrada en el usuario.
- Optimizar la cobertura ambulatoria en coordinación con otras unidades del hospital y la red asistencial.
- Garantizar seguridad asistencial, calidad técnica y trato digno en todos los dispositivos ambulatorios.
- Desarrollar estrategias específicas para cada línea de atención, según las necesidades clínicas y características de la población usuaria.

2.5.4. Políticas de Gestión de las Personas

La Política de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital Penco Lirquén tiene como propósito fortalecer el capital humano de la organización, promoviendo una cultura basada en el respeto, la equidad, el compromiso y el desarrollo continuo de todos los funcionarios y funcionarias. Esta política busca garantizar un entorno laboral saludable, inclusivo, seguro y motivador, que potencie las competencias de las

personas y contribuya al cumplimiento de los objetivos estratégicos del establecimiento. Se estructura en torno a tres líneas estratégicas: el Desarrollo de las Personas, mediante la promoción del crecimiento profesional y técnico a través de formación continua, capacitación, inducción, evaluación del desempeño, desarrollo de carrera y detección de brechas formativas; la Calidad de Vida Laboral y Bienestar, a través de iniciativas que favorezcan el equilibrio vida-trabajo, la promoción de la salud física y mental, la prevención de riesgos psicosociales, el fomento del buen trato, la inclusión y la participación activa; y la Gestión y Control de Personas, asegurando una administración eficiente y transparente de los procesos laborales, manteniendo sistemas de información actualizados, garantizando derechos laborales y aplicando mecanismos de control y auditoría para la mejora continua.

Esta política constituye un marco orientador para una gestión centrada en las personas, esencial para el logro de una atención de salud de calidad, segura y humanizada.

2.5.5. Política de Gestión Financiero-Contable-Presupuestaria

El Hospital Penco-Lirquén establece que la Gestión Financiera debe orientarse a lograr un equilibrio en los procesos financieros, promoviendo el correcto desarrollo de la actividad hospitalaria. Esto se llevará a cabo mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos financieros y contables, tanto operacionales como no operacionales, asignados o generados por el establecimiento. El objetivo principal es contribuir al logro de la misión institucional, garantizando el control constante en el uso y ejecución de los recursos públicos, propios o recibidos por transferencia.

La política financiera se fundamenta en una distribución eficiente de los recursos, basándose en la planificación de compras anual y asegurando que los servicios del hospital dispongan de los recursos necesarios para desarrollar las prestaciones adecuadas. Además, la gestión financiera será responsable de implementar las políticas estratégicas de la institución, siempre con un enfoque centrado en el usuario externo e interno, asegurando la calidad en las acciones y la ejecución de procesos eficientes.

Dentro de sus responsabilidades, la Gestión Financiera velará por mantener un adecuado clima laboral que fomente el trabajo en equipo y la colaboración interdepartamental, generando información financiera útil y oportuna que permita a los directivos del hospital tomar decisiones informadas. Todas las acciones se desarrollarán dentro del marco presupuestario establecido para cada año,

cumpliendo con las políticas y normas gubernamentales vigentes, y garantizando el equilibrio financiero mediante un control riguroso de los ingresos operacionales, otros ingresos y gastos.

La Gestión Financiera se llevará a cabo a través de las unidades de Contabilidad y Presupuesto, que serán responsables de la preparación de los estados financieros, informes de ingresos y egresos presupuestarios, entre otros documentos, conforme a las Normas de Contabilidad de la Nación y las directrices impartidas por la Contraloría General de la República y las Normas Complementarias del Servicio de Salud. Para ello, se utilizarán los sistemas informáticos disponibles (SIGFE, ACEPTA y otros) que faciliten el cumplimiento de las normativas y la correcta gestión de los recursos.

Asimismo, la Unidad de Recaudación y Cobranza será responsable de la recaudación de todos los ingresos propios y corrientes, asegurando el cobro oportuno de las prestaciones de salud realizadas en el hospital, que incluyen a pacientes de FONASA, ISAPRES y particulares, así como los ingresos derivados de convenios de pago y accidentes de tránsito y escolares.

PROCEDIMIENTO DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS

El establecimiento se compromete a cumplir con los lineamientos de gestión pública y las normativas exigidas por la Ley de Presupuesto y las disposiciones vigentes, apoyándose en los sistemas de información disponibles para mantener un control adecuado de los indicadores financieros y presupuestarios. Todos los funcionarios involucrados directamente en los procesos serán responsables del control interno, asegurando la correcta gestión y seguimiento de los ingresos. La Unidad de Recaudación y Cobranza se encargará de la recaudación integral de los ingresos generados por la entrega de servicios de salud a pacientes de FONASA, ISAPRES y particulares, incluidos los convenios de pago y los ingresos por accidentes de tránsito y escolares.

La Gestión Financiera, velará por alcanzar estos procesos de manera equilibrada, promoviendo un correcto desarrollo de la actividad hospitalaria, utilizando de manera eficiente y eficaz, los recursos financieros y contables asignados y/o generados, sean estos operacionales o no operacionales, con el fin de contribuir en el logro de la Misión institucional. Orientada al control permanente del uso y ejecución de los recursos públicos, propios o recibidos por transferencia y de una eficiente distribución de estos, basados en la planificación de compra anual, hacia los servicios

para desarrollar las prestaciones del establecimiento. También le corresponderá, la implementación de las políticas estratégicas de la institución, centrada en el usuario externo e interno, asegurando acciones de calidad y la ejecución de un proceso eficiente, manteniendo un adecuado clima laboral tendiente al trabajo en equipo, generando información útil y oportuna para que los Directivos del Hospital tomen buenas decisiones. Las acciones se desarrollarán dentro del marco presupuestario establecido para cada año, siguiendo las políticas y normas gubernamentales, cautelando mantener el equilibrio financiero a través del seguimiento y control de los ingresos de operación, de otros ingresos y el control de gastos. Lo anterior, se ejecutará a través de las unidades de Contabilidad y Presupuesto preparando los estados financieros, ingresos y egresos presupuestarios, entre otros, en conformidad con las Normas de Contabilidad de la Nación y con las instrucciones que al respecto imparte la Contraloría General de la República, y Normas Complementarias del Servicio de Salud, utilizando los sistemas informáticos disponibles para ello (SIGFE, ACEPTA, otros); y la Unidad de Recaudación y cobranzas responsable de recaudar la totalidad de los ingresos propios e ingresos corrientes y el cobro oportuno de las prestaciones realizadas en el establecimiento.

Procedimiento de recaudación de ingresos de operación y de otros ingresos

El establecimiento, teniendo en cuenta los lineamientos que orientan la gestión pública y los exigidos por la Ley de presupuesto, los cuales se ajustan a la normativa vigente, se compromete a utilizar y apoyarse en los sistemas de información, manteniendo un control de los indicadores que apuntan a mantener un equilibrio financiero y presupuestario acorde a lo exigido. Los responsables del control interno, para todos los efectos, son todos los funcionarios que desempeñan actividades de naturaleza directa con los procesos, siendo la Unidad de Recaudación y Cobranza la encargada de recaudar la totalidad de los ingresos propios e ingresos corrientes; generados por la entrega de prestaciones de salud otorgadas a pacientes FONASA, ISAPRES, y Particulares, materializados a través de los convenios de pago y accidentes de tránsito y escolares.

2.5.6. Política de Gestión de Recursos Físicos

El Hospital Penco-Lirquén se compromete a implementar una gestión proactiva y preventiva de los recursos físicos con el fin de asegurar la operatividad de todos los equipos e instalaciones, promoviendo la seguridad, la eficiencia y la calidad en la atención a nuestros usuarios. Esta gestión tiene como objetivo garantizar que todos

los recursos físicos, tanto industriales como clínicos, así como los servicios generales y la infraestructura del hospital, funcionen de manera continua y eficiente.

El Hospital implementará un programa de gestión integral que abarque la planificación, programación, control, evaluación y mejora continua de los procesos de mantenimiento de los equipos industriales y clínicos, así como de los servicios generales y la infraestructura hospitalaria. Para lograrlo, se fomentará la capacitación y actualización constante del personal encargado de operar y mantener estos recursos, promoviendo su eficiencia y la seguridad en su uso.

En relación con los **equipos industriales**, se asegura el adecuado funcionamiento de estos mediante la planificación y evaluación de los procesos de mantenimiento, impulsando mejoras continuas con el objetivo de maximizar la vida útil y el rendimiento de los equipos, asegurando su confiabilidad y eficiencia.

En cuanto a los **equipos clínicos**, se garantizará su funcionamiento óptimo y disponibilidad para la atención de pacientes. Para ello, se implementarán procesos de capacitación en el uso adecuado de los equipos, con el fin de asegurar su operación segura y contribuir a una atención médica de calidad, cumpliendo con los más altos estándares de seguridad para los usuarios.

En lo que respecta a los **servicios generales**, el Hospital brindará apoyo eficaz en áreas como lavandería, movilización y otros servicios necesarios para el funcionamiento del hospital. Esto se logrará mediante la implementación de métodos eficientes y seguros que favorezcan la operatividad continua de las unidades clínicas, administrativas e industriales, asegurando la seguridad y el buen funcionamiento del entorno hospitalario.

En relación con los **residuos hospitalarios**, se garantizará su manejo adecuado, cumpliendo con las normativas sanitarias y medioambientales vigentes. Se implementarán procedimientos que aseguren el retiro seguro de los residuos, minimizando los riesgos y asegurando que no se generen impactos negativos en la salud pública ni en el medio ambiente.

Finalmente, en lo que concierne a la **infraestructura**, se monitoreará y asegurará el adecuado mantenimiento de las instalaciones del Hospital, con la implementación de planes de reparación y mejora continua. El objetivo es extender la vida útil de la infraestructura y garantizar que el entorno hospitalario cumpla con los más altos estándares de seguridad y funcionalidad, proporcionando condiciones óptimas para la atención de salud de calidad.

La gestión de recursos físicos del Hospital Penco-Lirquén tiene como objetivo mantener de manera óptima todos los equipos clínicos, industriales, servicios e infraestructura, desarrollando un programa efectivo de mantenimiento, reparación y reposición basado en los recursos presupuestarios disponibles. Este programa permitirá asegurar el funcionamiento continuo y eficiente del hospital, mediante la planificación, el desarrollo, el control y la evaluación constante de las acciones, generando propuestas de solución para los diferentes requerimientos que puedan surgir en el proceso.

2.5.7. Política de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria

El Hospital Penco-Lirquén se compromete a satisfacer las expectativas y necesidades tanto de los usuarios internos como externos, promoviendo un enfoque centrado en el trato digno, la comunicación efectiva y el acceso oportuno a la atención en salud. Este compromiso busca contribuir a la construcción de un ambiente hospitalario amigable, inclusivo y respetuoso, considerando las dimensiones individual, familiar y comunitaria en la atención, y asegurando una experiencia positiva para las personas que hacen uso de nuestros servicios.

La institución orienta sus esfuerzos hacia la promoción de iniciativas que fortalezcan el acceso a información clara, una comunicación fluida y una atención basada en el respeto a la dignidad de cada usuario. Se desarrollan acciones destinadas a mejorar la comunicación interna y externa, optimizar la gestión de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y de Servicios Financieros (OSF), y fomentar de forma activa la participación ciudadana en los distintos procesos institucionales.

La gestión del área de Satisfacción Usuaria establece como prioridad reducir los tiempos de espera en el Servicio de Urgencia, fortalecer el buen trato hacia los usuarios y usuarias, y difundir activamente la Ley N° 20.584 sobre los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Asimismo, se busca optimizar los procedimientos administrativos, mantener actualizados los datos de los usuarios y promover mecanismos de rendición de cuentas a través de la realización de la Cuenta Pública Participativa.

El objetivo general de esta política es establecer un canal activo y efectivo de comunicación entre el Hospital Penco-Lirquén y la comunidad usuaria, que permita

recoger inquietudes, mejorar procesos y fortalecer los vínculos de confianza entre la institución y la población.

Entre los objetivos específicos, se contempla fomentar una retroalimentación constante que permita identificar oportunidades de mejora en los procesos de atención, facilitar el acceso y la oportunidad de las prestaciones otorgadas por el hospital, establecer mecanismos de comunicación permanentes entre la comunidad y el equipo directivo, promover el ejercicio pleno de los derechos y deberes tanto de la población usuaria como del personal del hospital, y fortalecer la participación ciudadana en la toma de decisiones relacionadas con la atención en salud, la gestión de recursos y la disponibilidad de servicios clínicos.

La implementación de esta política constituye un compromiso transversal que involucra a todos los equipos del establecimiento, y que busca consolidar una cultura organizacional orientada a la mejora continua de la calidad de la atención, el respeto a las personas y la transparencia en la gestión institucional.

2.5.8. Política Sistema de Planificación y Control de Gestión

A fin de mantener un adecuado sistema de control interno institucional como herramienta de gestión, el Hospital Penco Lirquén, a través de la Unidad de Control de Gestión e Información en Salud, asesora de la Dirección, y es la encargada de supervisar y controlar el Plan estratégico, lo que implica seguimiento y análisis del grado de cumplimiento de los planes anuales de acciones del periodo 2025-2028. Además, del cumplimiento de las metas y compromisos institucionales. Este Control debe ser periódico y sistemático, debiendo estar incorporado en todos los niveles, asegurando con ello, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la mantención de los requisitos para continuar siendo Establecimiento Autogestionado en Red.

El sistema de control de gestión del Plan contempla en sí mismo, un monitoreo por parte de los profesionales a cargo de cada Objetivo Estratégico, con la medición del cumplimiento de las metas e indicadores definidos. Al final del período de corte y coordinados por la Unidad de Planificación y Control de Gestión de la Institución, se evaluará el estado de avance y cumplimiento de cada Objetivo Estratégico y se sugerirán, en casos de incumplimiento, planes de mejora correctivos a los subdirectores del Área Clínica y Administrativa.

Por otra parte, se realizará monitoreo trimestral que permitirá definir, directrices orientadas a los directivos, jefaturas de Centro de Responsabilidad (C.R) y áreas, a fin

de que estos puedan tomar medidas de gestión, tendientes a alcanzar el mayor grado de cumplimiento de Plan Estratégico.

2.5.9. Política Gestión de Riesgos

El Hospital Penco Lirquén reconoce que la gestión de riesgos es esencial para el desarrollo de los procesos institucionales, que permite identificar, evaluar y prevenir, de forma sistemática los eventos internos o externos que pueden representar riesgos para el logro de los objetivos de la institución.

Lo anterior requiere la implementación de herramientas para evaluarlos de manera consistente, determinar sus consecuencias y poder desarrollar acciones de mitigación que permitan mantenerlos en un nivel aceptable.

Los fundamentos de la política son:

1. Establecer, formalizar y poner en práctica una metodología integral para la gestión del riesgo.
2. Definir y establecer el nivel aceptable de los riesgos.
3. Contar con la aprobación explícita de los planes de mitigación de los riesgos.
4. Realizar evaluaciones periódicas de los procedimientos en uso para el control de los riesgos.
5. Mantener informadas a las partes involucradas sobre el estado y el perfil de riesgos de la institución.

3. METODOLOGÍA DE DESARROLLO

La Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén se constituyó con base en la socialización del proyecto y el desafío de configurar esta hoja de ruta para los años siguientes, comprender su desarrollo y comprometer con éste a las personas participantes desde las distintas instancias y áreas en que se convocó. Por tanto, su construcción integró a todas las entidades, actores y áreas de interés del Hospital Penco-Lirquén, constituyéndose de manera socializada, para generar compromiso con la estrategia de desarrollo ministerial desde su construcción.

En este capítulo se presentan las etapas y actividades que, con la participación activa de la institución, se fue construyendo el plan estratégico 2025-2028.

3.1. Proceso Metodológico

El desarrollo de la Planificación Estratégica en el Hospital Penco-Lirquén requirió, antes que toda actividad técnica de diseño de los elementos propios del plan, de la socialización e impulso del compromiso de los integrantes de los equipos de trabajo para favorecer su participación en el proceso, desde la relevancia de su integración al mismo. Para ello se celebró una instancia de socialización previo a las etapas de análisis más técnico, en la que se contextualizó e impulsó la participación de los integrantes de los equipos de trabajo en favor de la constitución de la Planificación estratégica desde el trabajo en equipo.

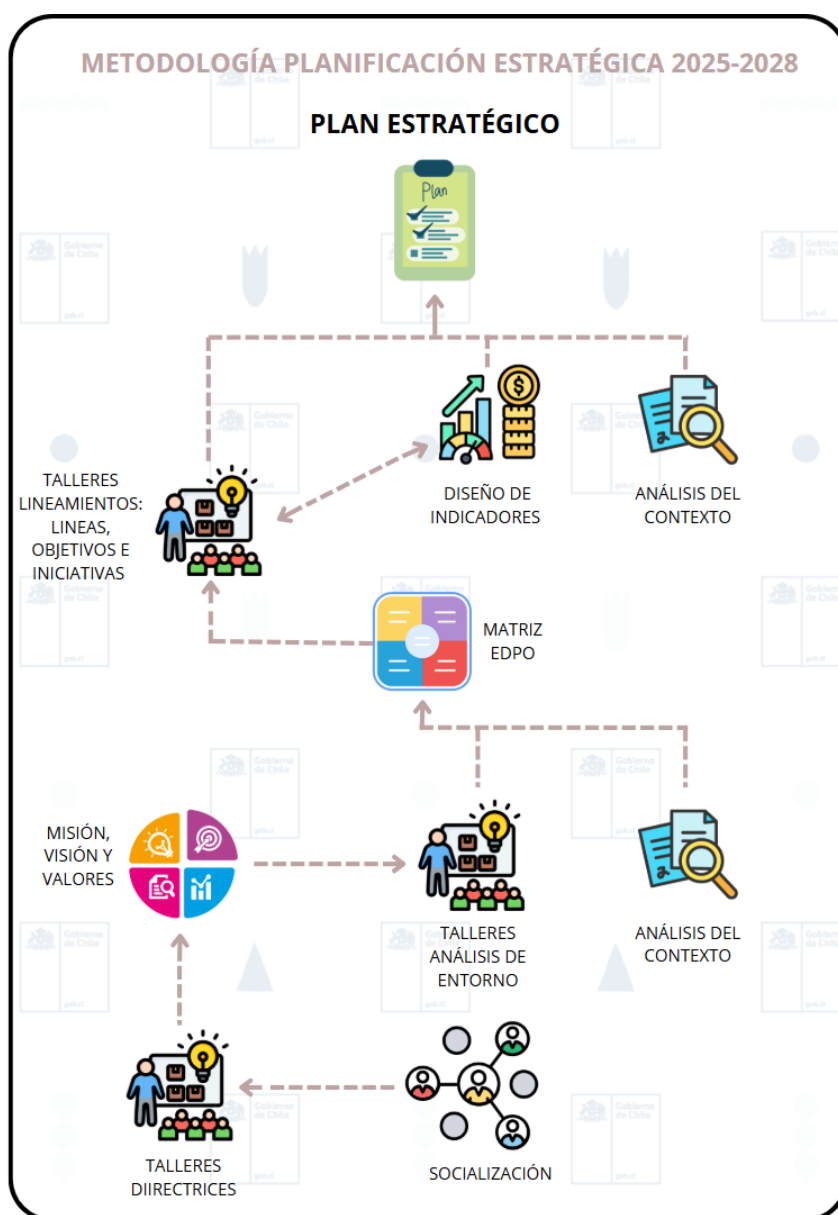
Luego de impulsar la participación y compromiso, se realizó una definición inicial de las orientaciones de largo plazo que definen el marco estratégico, esto es Visión, Misión y valores institucionales; luego trabajar para comprender las fuerzas que influyen significativamente en la organización, para lo que se realizó un análisis situacional a nivel interno y externo de la misma; a partir de lo anterior se definieron las estrategias que seguirá la organización: objetivos y planes de acción. Finalmente, las orientaciones y objetivos definidos se llevan a acción y garantizan su seguimiento gracias al sistema de indicadores diseñados, cuyo diseño garantizan el cierre del proceso.

Establecer los lineamientos de la organización como declaración formal de esta no sólo debe quedar como una buena intención, sino que debe insertarse en la cultura de ésta y ser conocidos y reconocidos por todos los funcionarios. Es por ello por lo que todo el proceso se lleva a cabo por y para los funcionarios, integrándolos como

responsables de la planificación desde su diseño, lo que genera compromiso prematuro para su puesta en marcha.

Esquemáticamente, el proceso general de toda la asesoría desarrollada está establecido de la manera que se muestra en el siguiente esquema:

Gráfico / Imagen 4. Metodología de desarrollo de la Planificación Estratégica para el Hospital Penco-Lirquén



FUENTE: Elaboración propia, Hospital Penco Lirquén

La Planificación Estratégica 2025–2028 del Hospital Penco-Lirquén ha sido elaborada por el equipo interno de Control de Gestión e Información en Salud, con el propósito de definir de manera estructurada los lineamientos estratégicos que orientarán el desarrollo institucional durante el próximo período. Este proceso de planificación busca fortalecer la gestión hospitalaria mediante la formulación de objetivos estratégicos, iniciativas prioritarias y un sistema de control basado en indicadores clave de desempeño, que permitan evaluar avances y resultados de manera sistemática.

El plan contempla un enfoque integral y participativo, alineado con los desafíos del sistema de salud pública, las políticas ministeriales y las necesidades de la comunidad usuaria. Asimismo, promueve la eficiencia operativa, la mejora continua de los procesos y la sostenibilidad en la entrega de servicios de salud, contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional y a la consolidación de un modelo de atención centrado en las personas.

A partir de la estructura metodológica planteada, se desarrollaron las siguientes sesiones de trabajo realizadas:

Sesión	Tiempo de ejecución	Tiempo validación	Tiempo trabajo gabinete
Taller Socialización de la importancia de la Planificación Estratégica	1 hora	-	12 horas
Análisis contextual	4 horas	-	12 horas
Primera sesión de trabajo: Diseño de Orientaciones Estratégicas	9 horas	2 horas	24 horas
Segunda sesión de trabajo: Análisis del Contexto Estratégico	9 horas	-	24 horas
Tercera sesión de trabajo: Definición de objetivos de desarrollo	9 horas	6 horas	32 horas
Cuarta sesión de trabajo: Definición de sistema de indicadores de control	2 horas	2 horas	44 horas
Oficialización de Plan Estratégico 2025 – 2028	3 horas	-	44 horas

3.1.1. Análisis contextual

Previo al desarrollo de las sesiones de trabajo técnico y en el marco de la planificación estratégica del Hospital Penco-Lirquén para el periodo 2025-2028, se ha llevado a cabo un proceso integral y detallado, que abarca tanto el análisis de documentos previos como la incorporación de nuevas fuentes de información y perspectivas. Este enfoque garantiza una comprensión profunda del contexto actual y proyectado en el cual se enmarca la institución, así como de las variables que inciden en su funcionamiento y desempeño.

En primer lugar, se realizó una exhaustiva revisión de documentación relevante a nivel ministerial, de la red asistencial y de otras instituciones claves, complementada con un análisis del marco legislativo vigente. Este ejercicio ha permitido identificar los elementos que configuran el entorno normativo, institucional y social del hospital, y que son fundamentales para comprender las condiciones actuales y futuras en las que se desarrollará la gestión hospitalaria.

Como parte de este proceso, se incorporaron elementos adicionales que enriquecen y actualizan el análisis contextual. Entre ellos, destaca la realización de una encuesta dirigida a los funcionarios y funcionarias del hospital, cuyo objetivo fue recabar sus perspectivas sobre los aspectos más relevantes del entorno laboral, los desafíos presentes y las oportunidades de mejora que deben ser consideradas en la formulación de la nueva estrategia. Los resultados obtenidos de esta encuesta proporcionaron una visión detallada sobre el clima organizacional y las expectativas del personal, permitiendo incorporar de manera más precisa las necesidades y percepciones internas en la planificación estratégica.

La planificación estratégica para el periodo 2025-2028 del Hospital Penco-Lirquén no solo considera un análisis exhaustivo del contexto normativo, institucional y social, sino que también integra la participación de los funcionarios y funcionarias, reflejando sus perspectivas y sugerencias. Además, se incorporan las lecciones aprendidas de la gestión anterior, lo que asegura que la estrategia sea no solo más alineada con las necesidades del hospital, sino también más realista, robusta y orientada a la mejora continua. Este enfoque tiene como objetivo optimizar la calidad de los servicios y garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales en el mediano y largo plazo.

3.1.2. Primera sesión de trabajo: Diseño de Orientaciones Estratégicas

La primera sesión de trabajo para el desarrollo de la Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén se llevó a cabo en un formato estructurado que permitió tanto la evaluación de la planificación anterior como la actualización de los elementos fundamentales de la estrategia institucional. Esta sesión se desarrolló en dos partes principales: la presentación de los resultados de la planificación estratégica anterior y la actualización de la misión, visión y valores institucionales.

En la primera parte, se presentaron los resultados obtenidos durante el ciclo de planificación estratégica anterior, evaluando el progreso alcanzado, los logros obtenidos y los aprendizajes derivados de la experiencia. Se realizó un análisis detallado sobre los avances alcanzados frente a los objetivos propuestos, así como de los desafíos y obstáculos encontrados, lo que permitió identificar áreas de mejora y ajustarse a las nuevas necesidades del hospital.

A continuación, se llevó a cabo la actualización de la misión, visión y valores institucionales. Este proceso fue realizado de manera deliberativa, participativa y didáctica, con la activa participación de los asistentes de la jornada de planificación estratégica. A través de un enfoque colaborativo, se consideraron las perspectivas de todos los participantes, garantizando que las nuevas definiciones reflejaran las necesidades actuales y futuras del hospital. La construcción de estos elementos se desarrolló en un ambiente de diálogo y consenso, llegando a un acuerdo basado en las apreciaciones de la mayoría. Así, la misión, visión y valores institucionales fueron ajustados y redefinidos, asegurando que estos estuvieran alineados con el contexto actual y los objetivos estratégicos para el periodo 2025-2028.

Esta sesión fue crucial para establecer una base sólida que sirviera de punto de partida para el desarrollo del plan estratégico, permitiendo que todos los participantes comprendieran el estado de situación actual y las directrices que guiarán el futuro del hospital.

3.1.3. Segunda sesión de trabajo: Análisis del Contexto Estratégico

La segunda sesión de trabajo para el desarrollo de la Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén se centró en un análisis detallado de la situación actual del hospital, mediante el uso de la matriz EDPO (Entorno, Debilidades, Oportunidades y Potencialidades). Este análisis permitió examinar de manera exhaustiva tanto los factores internos como externos que inciden directamente en el desempeño y proyecciones futuras de la institución.

Durante esta sesión, se llevó a cabo un análisis profundo de las debilidades y potencialidades internas del hospital, así como las oportunidades y amenazas que emergen desde el entorno externo. Este ejercicio permitió identificar y comprender las áreas clave que requieren intervención, así como aquellas que ofrecen un potencial significativo para el crecimiento y fortalecimiento institucional. La matriz EDPO resultó ser una herramienta esencial para visualizar de manera clara los aspectos que influyen en la competitividad y el posicionamiento estratégico del hospital en su entorno.

A partir de este análisis, se procedió a la elaboración de las estrategias institucionales, las cuales se basaron en los hallazgos obtenidos. Las estrategias definidas buscan abordar las debilidades y amenazas identificadas, mientras se aprovechan las oportunidades y potencialidades para mejorar el rendimiento y los servicios del hospital. Además, se establecieron los ejes estratégicos que guiarán la dirección del hospital en los próximos años, alineados con las necesidades actuales y las proyecciones futuras de la institución.

Esta sesión fue clave para sentar las bases de la estrategia a seguir en el periodo 2025-2028, asegurando que las decisiones tomadas estén fundamentadas en un análisis riguroso y en la identificación de las áreas prioritarias para el desarrollo institucional

3.1.4. Tercera sesión de trabajo: Definición de objetivos de desarrollo

La tercera sesión de trabajo para el desarrollo de la Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén se centró en la validación de los ejes estratégicos definidos en la sesión anterior, y en su posterior distribución a lo largo de los cuatro años del periodo de planificación 2025-2028.

Durante esta jornada, se revisaron los ejes estratégicos previamente establecidos, con el fin de asegurar que éstos respondieran de manera adecuada a las necesidades del hospital y a los objetivos estratégicos proyectados. La validación se llevó a cabo a través de un proceso participativo, donde los asistentes revisaron cada eje estratégico y su alineación con la visión y misión actualizadas, garantizando que estuvieran bien fundamentados y fueran coherentes con las prioridades institucionales.

Una vez validados, los ejes estratégicos fueron distribuidos en actividades específicas que se desarrollarán a lo largo de los cuatro años de la planificación. Este ejercicio permitió establecer un cronograma detallado de acciones, asignando responsabilidades y recursos para cada una de las actividades, asegurando que el

desarrollo de la estrategia sea progresivo y alcanzable dentro de los plazos establecidos.

Esta sesión fue crucial para asegurar la concreción de la planificación estratégica, ya que permitió trasladar los grandes lineamientos estratégicos a un plan de acción específico, con metas y objetivos claros para cada año del periodo de planificación.

3.1.5. Cuarta sesión de trabajo: Definición de sistema de indicadores de control

La cuarta jornada de trabajo para el desarrollo de la Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén se centró en la definición detallada de las actividades desprendidas de los ejes estratégicos previamente establecidos. En esta sesión, se trabajó en la concreción de las acciones específicas que se implementarán a lo largo del periodo 2025-2028, asignando responsables y fijando indicadores, plazos y metas claras para cada una de las actividades.

En primer lugar, se definieron los indicadores de resultado que permitirán medir el éxito de cada acción estratégica. Estos indicadores fueron cuidadosamente seleccionados para reflejar de manera precisa los avances hacia los objetivos establecidos, permitiendo un seguimiento efectivo y la evaluación del progreso. La Unidad de Control de Gestión e Información en Salud desempeñó un papel decisivo en este proceso, encargándose de construir los indicadores necesarios, así como de elaborar las fichas explicativas para cada uno de ellos, facilitando así su comprensión por parte de los responsables y referentes técnicos del hospital.

Adicionalmente, se desarrolló la matriz de control y seguimiento de los objetivos institucionales, la cual servirá como herramienta central para el monitoreo continuo de las actividades y metas establecidas. Esta matriz será fundamental para asegurar que se mantenga el rumbo en la implementación de la estrategia, permitiendo identificar en tiempo real los avances y las áreas que requieran ajustes.

El trabajo realizado en esta jornada fue fundamental para encausar los resultados obtenidos durante el proceso de planificación estratégica, asegurando que cada elemento definido sea aplicado de manera efectiva y que las metas propuestas sean alcanzables mediante un seguimiento constante y organizado. Este proceso contó con una conducción técnica y metodológica clave, que permitió ordenar, dar coherencia y proyectar estratégicamente el quehacer institucional.

3.1.6. Sesiones de validación

Con el objetivo de asegurar la coherencia y alineación del plan con las directrices institucionales, se llevó a cabo una **sesión de validación final** del proceso de Planificación Estratégica del Hospital Penco-Lirquén. Esta sesión fue relevante para garantizar que todos los elementos desarrollados a lo largo del proceso fueran comprendidos y aprobados por los actores clave de la institución.

Durante la jornada, se presentaron los componentes fundamentales del plan, incluyendo:

- **Misión, Visión y Valores**
- **Objetivos, tanto generales como específicos**
- **Indicadores de resultado, plazos y métodos de verificación**

La sesión de validación fue realizada con la participación de funcionarios y funcionarias específicas del hospital, quienes revisaron los indicadores de resultado, los plazos establecidos y los métodos de verificación. El propósito fue asegurar que todos los involucrados comprendieran claramente el plan estratégico, sin la necesidad de una explicación extensa, y validar los elementos de este de manera participativa.

Finalmente, el plan fue presentado a la directora del hospital y a los subdirectores, quienes realizaron una revisión integral y otorgaron la validación final al proceso. Esta validación consolidó el compromiso de la alta dirección y dejó el plan estratégico aprobado, listo para su implementación en el periodo 2025-2028.

3.1.7. Sesiones de trabajo de gabinete

Las sesiones de trabajo desarrolladas con equipos y actores de interés del Hospital Penco-Lirquén permitieron levantar información para el diseño de la Planificación Estratégica 2025–2028. Los insumos generados en estos espacios fueron sistematizados por el equipo de Control de Gestión e Información en Salud, con el fin de dar continuidad y coherencia al proceso. Entre cada sesión y subsesión, se llevó a cabo un trabajo de análisis y consolidación de resultados que permitió facilitar las etapas siguientes, optimizando el desarrollo de las discusiones y promoviendo una toma de decisiones más ágil y fundamentada, gracias a la entrega anticipada de material de trabajo sistematizado.

Entre las sesiones de trabajo de gabinete realizadas, se destacan las siguientes:

1. Sistematización de ideas fuerza para la formulación de la Misión y Visión institucional, y generación de una propuesta preliminar.
2. Sistematización y análisis de los factores del contexto estratégico, considerando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.
3. Análisis y redefinición de objetivos institucionales, y establecimiento de ámbitos estratégicos de acción.
4. Definición preliminar de indicadores asociados a los objetivos estratégicos.
5. Estructuración del plan estratégico integrado, incluyendo la vinculación entre objetivos estratégicos, objetivos específicos, indicadores, metas, actividades y plazos.

3.2. Métodos de trabajo

3.2.1. Métodos de enseñanza-aprendizaje

Para el desarrollo de las sesiones de trabajo se utilizaron metodologías orientadas a la participación activa, la reflexión crítica y la aplicación práctica del conocimiento, lo que permitió un involucramiento genuino de los equipos en cada etapa del proceso. A diferencia de la planificación estratégica anterior, este ejercicio representó una experiencia distinta de aprendizaje organizacional, centrada en la aplicación concreta de herramientas de análisis y gestión sobre realidades específicas del hospital. Esta aproximación favoreció una lectura más profunda de las dinámicas institucionales, fortaleciendo la toma de decisiones colectivas informadas y contextualizadas.

El proceso fue conducido por la Unidad organizadora, que asumió un rol facilitador y articulador, orientando el trabajo de los equipos y promoviendo el desarrollo de capacidades internas. Se trabajó reconociendo la experiencia y el conocimiento acumulado en los distintos servicios y unidades, lo que permitió avanzar en una construcción estratégica desde la práctica y con sentido de realidad.

En cuanto a lo anterior, la metodología más aplicada para el desarrollo de la asesoría fue el *aprendizaje colaborativo*, en la que los integrantes del equipo de trabajo interno aportaron al desarrollo del producto a obtener (planificación estratégica) en el diseño y cada uno de los subproductos (orientaciones estratégicas, análisis ambiental, lineamientos estratégicos, diseño de indicadores), lo que se sustentó en talleres participativos facilitados por el equipo asesor que favorece un aprendizaje experiencial.

4. RESULTADOS DE LOS ELEMENTOS DIRECCIONES

4.1. Orientaciones estratégicas

Las orientaciones estratégicas son las definiciones de más alto nivel institucional, y constituyen el horizonte al que el Hospital Penco-Lirquén orienta su quehacer en los próximos años. Están conformadas por la Misión, la Visión y los Valores institucionales. En relación con lo anterior, es importante señalar que las jornadas de acompañamiento se realizaron de forma presencial en un espacio protegido, utilizando como apoyo afiches y la herramienta Microsoft Office, con el objetivo de recoger y sistematizar los aportes de los participantes durante el desarrollo del proceso.

En este sentido, se desarrolló una metodología participativa orientada a revisar, evaluar y fortalecer los pilares fundamentales de nuestra institución: la misión, la visión y los valores institucionales. Esta iniciativa consistió en la aplicación de una encuesta, la cual tuvo como propósito asegurar que las orientaciones estratégicas respondan no solo a los desafíos actuales del sistema de salud, sino también a las aspiraciones colectivas de quienes conforman nuestra comunidad hospitalaria.

Con este objetivo, se recolectó información a través de una encuesta dirigida a funcionarios y funcionarias de todas las áreas del hospital, incluyendo personal médico, profesional, técnico y administrativo. El instrumento aplicado constó de 10 preguntas cerradas, elaboradas cuidadosamente para medir la claridad, pertinencia y aplicabilidad de nuestras declaraciones institucionales en la práctica cotidiana. Además, se incorporaron 2 preguntas abiertas que permitieron recoger propuestas, ideas y visiones innovadoras para el fortalecimiento de nuestra identidad organizacional.

Este ejercicio de participación activa no solo enriqueció el proceso de reflexión colectiva, sino que también constituyó un paso clave para construir una planificación estratégica representativa, coherente con los principios que guían nuestro quehacer y alineada con las necesidades reales de nuestra comunidad interna.

4.1.1. Misión del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

En el marco de la planificación estratégica del Hospital Penco Lirquén para el período 2025–2028, se revisó y analizó la misión vigente (2021–2024) con el objetivo de evaluar su vigencia y pertinencia en el contexto actual. Para ello, se aplicó una encuesta

diseñada bajo la metodología descrita en el punto anterior, la cual incluyó cuatro preguntas cerradas relacionadas con la misión institucional y una pregunta abierta.

Las preguntas cerradas permitieron recoger la percepción de los funcionarios respecto a aspectos clave de la misión actual, evaluando su claridad, relevancia y aplicabilidad en la práctica diaria. La pregunta abierta, por su parte, brindó la posibilidad de aportar sugerencias, nuevas ideas y enfoques que enriquecieran el proceso de actualización de la declaración institucional.

A partir de la misión vigente, se identificaron y extrajeron cuatro conceptos clave que reflejan los principales énfasis del quehacer del hospital:

- Atención cordial centrada en las personas
- Atención oportuna
- Atención integral
- Atención segura y de calidad

Los funcionarios evaluaron estos conceptos utilizando una escala de opinión con las siguientes categorías: **totalmente de acuerdo, de acuerdo y en desacuerdo**.

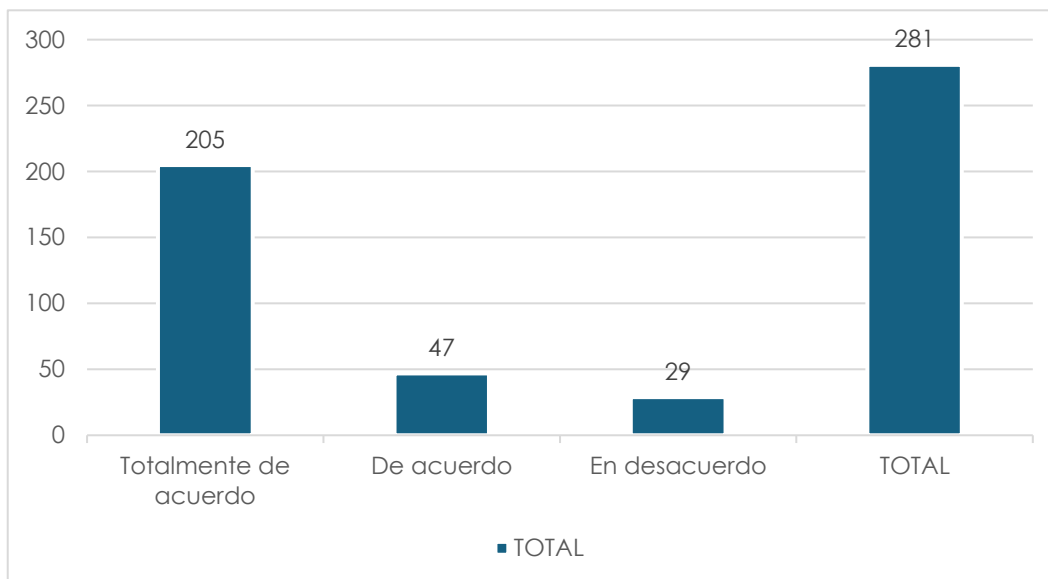
En relación con el concepto de atención cordial centrada en las personas, los resultados reflejan una alta valoración por parte del equipo del Hospital Penco Lirquén. Un total de 141 funcionarios (55,5%) manifestó estar totalmente de acuerdo, mientras que 91 funcionarios (35,8%) se declaró de acuerdo. Solo 49 personas (8,7%) indicaron estar en desacuerdo.

Estos resultados arrojan un porcentaje de aceptación global del 82,3%, lo que evidencia que este principio continúa siendo ampliamente compartido y valorado dentro de la institución.

La alta adhesión a este concepto respalda su continuidad como uno de los ejes fundamentales en la actualización de la misión institucional para el período 2025–2028.

A continuación, se presenta el resultado obtenido a través del siguiente gráfico:

Gráfico / Imagen 5. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, en relación con la atención cordial centrada en las personas de la misión vigente, 2021-2024.

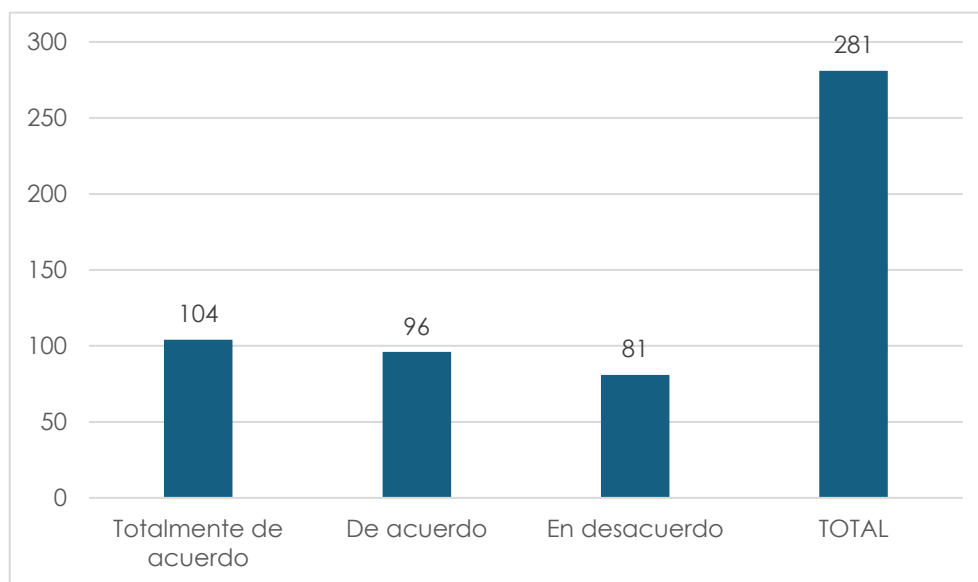


En cuanto al concepto de atención oportuna, los resultados reflejan una valoración más moderada por parte del equipo del Hospital Penco Lirquén. De un total de 281 funcionarios encuestados, 104 (37,0%) indicaron estar totalmente de acuerdo, 96 (34,2%) se manifestaron de acuerdo, y 81 (28,8%) declararon estar en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global (suma de "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo") alcanza el 71,2%, lo que indica que, si bien una mayoría significativa valora positivamente este principio, existe un porcentaje relevante de funcionarios (casi un tercio) que no perciben que se cumpla adecuadamente en la práctica.

Este resultado sugiere que la atención oportuna debe mantenerse como un foco prioritario en la planificación estratégica, no solo por su importancia conceptual, sino también por la necesidad de fortalecer su implementación efectiva en el quehacer diario del establecimiento. Lo anterior se evidencia en el siguiente gráfico:

Gráfico / Imagen 6. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, en relación con la atención oportuna de la misión vigente, 2021-2024.

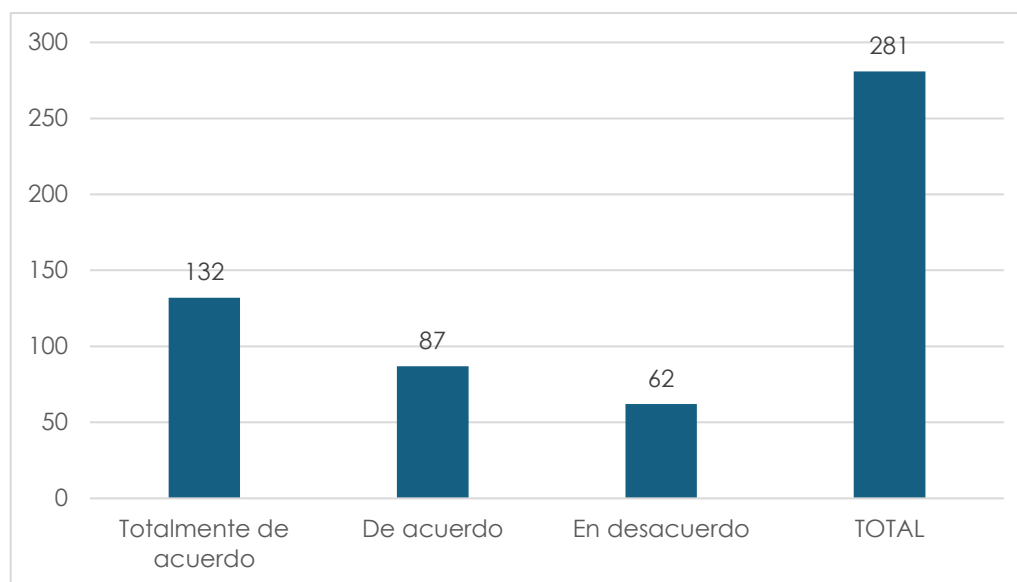


Respecto al concepto de atención integral, los resultados muestran una valoración mayoritariamente positiva por parte del equipo del Hospital Penco Lirquén. De un total de 281 funcionarios encuestados, 132 (47,0%) manifestaron estar totalmente de acuerdo, 87 (31,0%) estuvieron de acuerdo, y 62 (22,0%) señalaron estar en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global, que considera las respuestas “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”, alcanza un 78,0%, lo cual refleja que una amplia mayoría de los funcionarios reconoce la importancia y vigencia de este principio en el quehacer institucional.

No obstante, el 22% de respuestas en desacuerdo evidencia que aún existen desafíos en la implementación efectiva de una atención verdaderamente integral. Por ello, este componente debe mantenerse como un eje relevante en la misión institucional, reforzando estrategias que permitan avanzar hacia una atención más coordinada, continua y centrada en las diversas dimensiones de la salud de las personas. Los resultados se muestran a través del siguiente gráfico:

Gráfico / Imagen 7. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, en relación con la atención integral de la misión vigente, 2021-2024.

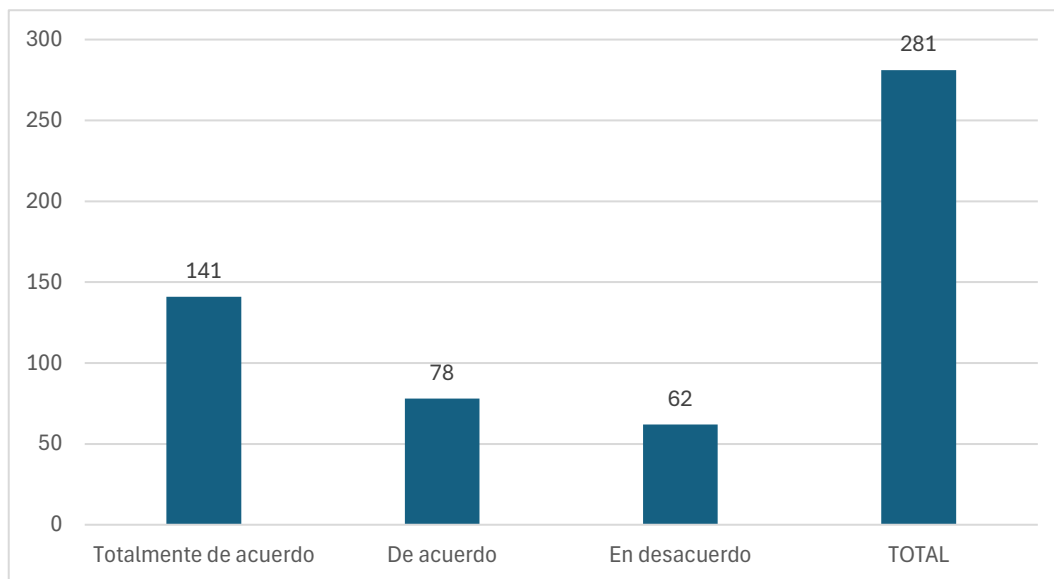


En relación con el concepto de atención segura y de calidad, los resultados evidencian una valoración favorable por parte de los funcionarios del Hospital Penco Lirquén. De los 281 encuestados, 141 (50,2%) se manifestaron totalmente de acuerdo, 78 (27,8%) estuvieron de acuerdo, y 62 (22,0%) declararon estar en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global fue de 77,6%, lo que demuestra que la mayoría del equipo reconoce este principio como fundamental dentro de la misión institucional. Sin embargo, el porcentaje de desacuerdo (22%) sugiere que aún existen percepciones críticas o experiencias que podrían estar afectando la confianza plena en la calidad y seguridad del servicio.

Estos resultados refuerzan la necesidad de seguir fortaleciendo los estándares de seguridad clínica y calidad asistencial, consolidándolos como pilares en la nueva misión del período estratégico 2025–2028. A continuación, se muestran los resultados a través del siguiente gráfico:

Gráfico / Imagen 8. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, en relación con la atención segura y de calidad de la misión vigente, 2021-2024



De lo anterior nacen los conceptos relevantes para desarrollar la Misión del Hospital, que, categorizados en niveles de frecuencia de aparición, entregan la estructura de relevancia para su incorporación en la definición de la Misión. De lo anterior se propuso una definición de ésta que contenía la mayor parte posible de las ideas anteriores, la cual posteriormente se sometió a revisiones y ajustes. Con todo lo mencionado anteriormente, la Misión institucional se detalla a continuación:

MISIÓN Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

“Somos un hospital de mediana complejidad asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud integral, humanizada, oportuna, segura y de calidad. Fomentamos el trabajo en equipo disponiendo de un nivel de competencias y recursos adecuados, que garantizan el bienestar de nuestros usuarios y usuarias”

4.1.2. Visión del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

De igual manera, para el desarrollo de la Visión, se realizó un análisis de los elementos que debieran orientar la actualización de la visión institucional, con el fin de proyectar una imagen clara y compartida del establecimiento que se aspira construir en el mediano y largo plazo.

En este ejercicio, se identificaron como conceptos clave del establecimiento los siguientes ejes:

- *Atención oportuna y resolutive*, como un compromiso institucional para responder de manera eficiente y efectiva a las necesidades de salud de la población, disminuyendo barreras de acceso y fortaleciendo las capacidades de resolución local.
- *Ser reconocido por su efectividad y vanguardia* en la gestión de los recursos humanos, financieros y tecnológicos, lo que implica incorporar buenas prácticas, innovación y mejora continua como parte de la cultura organizacional.
- *Mantener un enfoque centrado en el usuario*, donde el respeto por la dignidad, los derechos y la experiencia de cada persona sea un principio orientador de la atención.
- *Impulsar una activa participación de la comunidad*, reconociendo el rol protagónico de la ciudadanía en la definición, evaluación y mejora de las acciones de salud, fortaleciendo con ello el vínculo entre el hospital y su entorno.

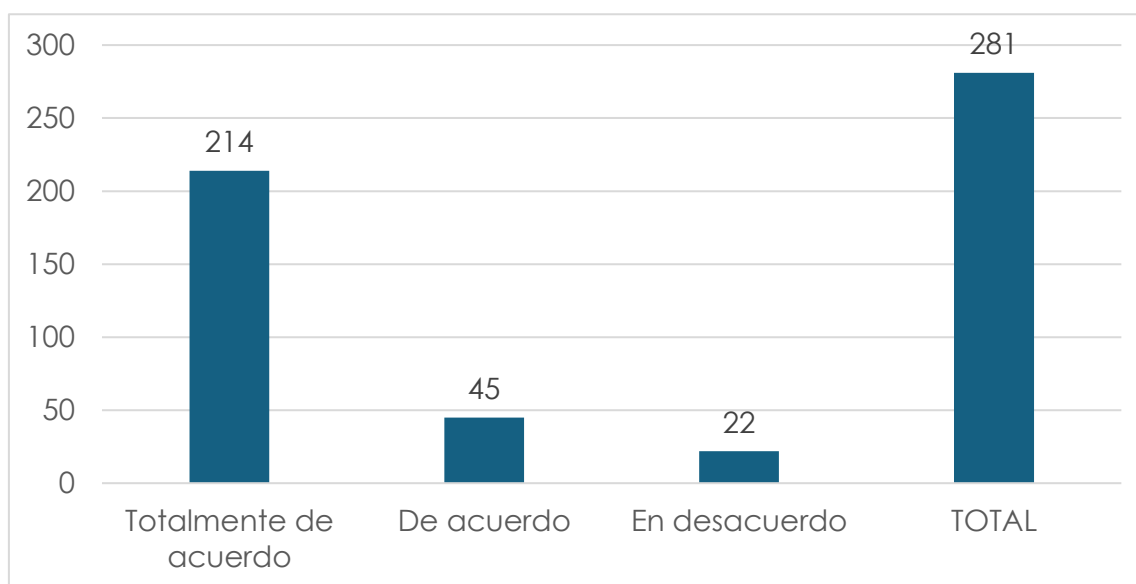
Estos lineamientos permitieron proyectar una visión institucional coherente con los desafíos actuales y las expectativas de la comunidad, guiando la toma de decisiones estratégicas hacia una atención más pertinente, eficiente y centrada en las personas. Conceptos resultantes del análisis de opiniones para definir la Visión del Hospital Penco-Lirquén

El concepto de atención oportuna y resolutive obtuvo una valoración altamente positiva por parte del equipo del Hospital Penco Lirquén. De un total de 281 funcionarios encuestados, 214 (76,2%) se manifestaron totalmente de acuerdo, 45 (16,0%) estuvieron de acuerdo, y solo 22 (7,8%) indicaron estar en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global alcanzó el 92,1%, posicionando este principio como uno de los más sólidamente respaldados en el proceso participativo. Esta alta adhesión evidencia que el equipo valora profundamente la capacidad del hospital para brindar respuestas eficaces, dentro de plazos establecidos y con soluciones concretas a los requerimientos de salud de la comunidad.

Dado su nivel de consenso, la atención oportuna y resolutive debe ser considerada como un eje central en la definición de la visión institucional, proyectando al hospital como un establecimiento eficiente, accesible y comprometido con una atención de calidad y alto impacto para sus usuarios.

Gráfico / Imagen 9. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, en relación con la atención oportuna y resolutive de la misión vigente, 2021-2024

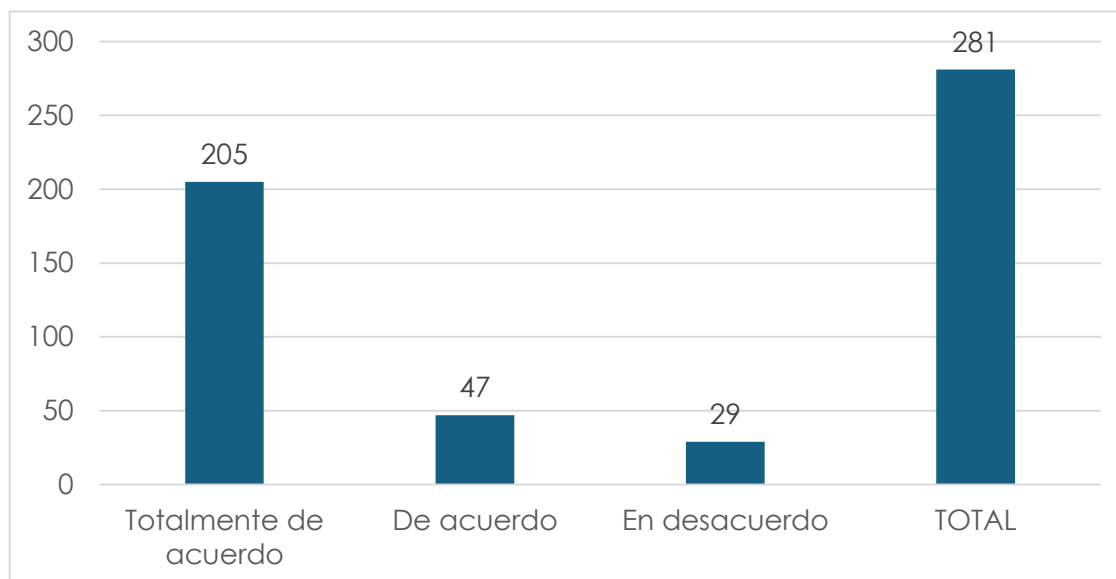


En relación con el concepto de *efectividad y vanguardia*, los resultados reflejan una percepción altamente positiva por parte del equipo del Hospital Penco Lirquén. De un total de 281 funcionarios encuestados, 205 (72,9%) se manifestaron totalmente de acuerdo, 47 (16,7%) estuvieron de acuerdo y 29 (10,3%) indicaron estar en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global fue de 89,5%, lo que demuestra que este principio es ampliamente valorado dentro del equipo hospitalario. Los resultados indican que existe un fuerte reconocimiento respecto de los esfuerzos institucionales por implementar procesos eficientes, optimizar el uso de recursos y mantenerse a la vanguardia en gestión y tecnología.

Este alto nivel de aprobación valida la incorporación de la efectividad y vanguardia como uno de los pilares fundamentales en la visión institucional, posicionando al hospital como una organización moderna, eficiente y orientada a la mejora continua.

Gráfico / Imagen 10. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, con relación a la efectividad y vanguardia de la misión vigente, 2021-2024



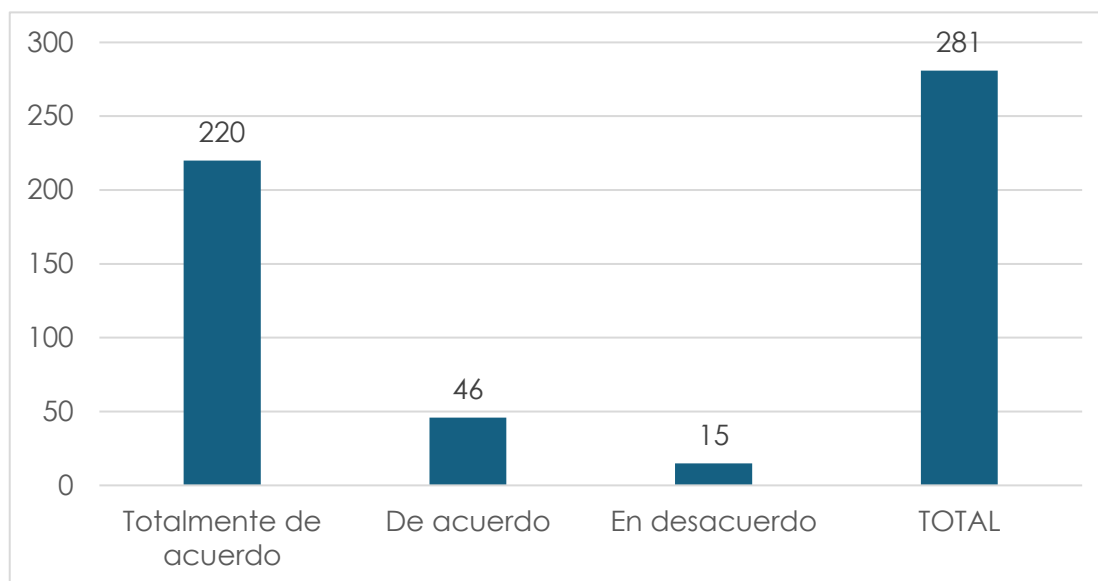
El concepto de enfoque en el usuario y participación de la comunidad obtuvo la valoración más alta entre los principios evaluados por los funcionarios del Hospital Penco Lirquén. De un total de 281 encuestados, 220 (78,3%) manifestaron estar totalmente de acuerdo, 46 (16,4%) estuvieron de acuerdo y solo 15 (5,3%) se declararon en desacuerdo.

El porcentaje de aceptación global alcanzó un destacado 94,6%, lo que evidencia un fuerte consenso institucional en torno a la necesidad de centrar la atención en las personas, respetando su dignidad, derechos y experiencia, al mismo tiempo que se promueve una participación de la comunidad en la definición y mejora de los servicios de salud.

Estos resultados refuerzan la relevancia de este principio como parte esencial de la visión estratégica del hospital, proyectando una institución que valora

profundamente el vínculo con sus usuarios y que busca construir salud de manera participativa, inclusiva y con pertinencia territorial.

Gráfico / Imagen 11. Preferencia de los funcionarios y funcionarias del Hospital Penco Lirquén, con relación con el usuario y participación con la comunidad de la misión vigente, 2021-2024



De lo anterior, nacen los conceptos relevantes para desarrollar la Visión del Hospital, que, categorizados en niveles de frecuencia de aparición, entregan la estructura de relevancia para incorporarlas en la definición de la Visión. De lo anterior se propuso una definición de Visión que contenía la mayor cantidad de conceptos anteriores, definición que posteriormente se sometió a revisiones y ajustes. Con todo lo anterior, la Visión institucional queda descrita de la siguiente forma:

VISIÓN Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

“Ser un hospital de excelencia y reconocido por su atención oportuna, resolutiva e inclusiva. Aspiramos a liderar de forma participativa la gestión de recursos y procesos centrados en la innovación, vanguardia y calidad contribuyendo así al bienestar integral de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial”

4.1.3. Valores Institucionales del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

Por su parte, para la definición de Valores Institucionales se sometió a revisión y validación participativa el conjunto de valores institucionales, entendidos como principios orientadores del quehacer diario y la cultura organizacional. Se propusieron diez valores fundamentales, alineados con el modelo de atención en salud pública, la experiencia institucional y los desafíos actuales del sistema sanitario.

De los valores propuestos, cinco obtuvieron una alta valoración por parte de los funcionarios, destacando como ejes transversales en la identidad y práctica del hospital, a continuación, se describen:

VALORES del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

TRABAJO EN EQUIPO:

Capacidad para participar activamente en el cumplimiento de una meta común, subordinando los intereses personales a los objetivos del equipo. Fomentamos el aporte y la colaboración de todos sus miembros, promoviendo la armonía y el buen relacionamiento, siempre con un enfoque de cooperación y solidaridad.

COMPROMISO:

Sentir como propios los objetivos institucionales y asumir la responsabilidad de contribuir al logro de estos. Cumplir con los compromisos adquiridos, actuando con integridad, dedicación y responsabilidad en todas las tareas asignadas.

VOCACIÓN DE SERVICIO:

Disposición genuina para atender las necesidades de los demás con empatía y profesionalismo. Trabajar con un sentido de misión, priorizando el bienestar de los usuarios, sus familias y la comunidad en general. Ser proactivos en la búsqueda de soluciones para mejorar la atención y el servicio en todo momento.

RESPETO:

Mantener una conducta de respeto en todas las interacciones, fundando las relaciones en la aceptación y valoración del otro como un legítimo ser con sus derechos, dignidad y perspectivas. Promover un ambiente de trabajo inclusivo y libre de discriminación, donde se reconozcan y celebren las diferencias.

INCLUSIÓN:

Fomentar la participación de todas las personas, independientemente de su origen, género, edad, condición o capacidades, asegurando que todos los miembros del

hospital se sientan valorados y escuchados. Promover la igualdad de oportunidades para todos y garantizar que el acceso a la atención sea justo y equitativo.

Estos cinco valores no solo fueron altamente valorados por los funcionarios, sino que además se proyectan como principios estratégicos para consolidar una cultura organizacional coherente con la misión institucional y con la visión del hospital para los próximos años. Su incorporación formal en la planificación estratégica permitirá reforzar conductas, prácticas y decisiones alineadas con un modelo de atención centrado en las personas y orientado a la excelencia pública.

4.2. Análisis contextual

En el marco del proceso de elaboración de la Planificación Estratégica del Hospital Penco Lirquén para el período 2025–2028, se desarrolló un análisis contextual integral, orientado a identificar los principales factores internos y externos que inciden en el quehacer institucional. Este análisis permitió reconocer tanto las fortalezas y capacidades internas como los desafíos y condiciones del entorno que deben ser considerados en la proyección estratégica del establecimiento.

La revisión del contexto contempló una aproximación al entorno sanitario, social y normativo, con énfasis en las políticas públicas vigentes, tendencias demográficas, aspectos organizacionales y otros elementos relevantes para la gestión hospitalaria.

Este proceso analítico fue complementado con el trabajo desarrollado en las jornadas participativas realizadas con los equipos del hospital, instancia en la que se aplicó la Matriz EDPO de manera colaborativa y se levantaron las principales necesidades, desafíos y líneas de acción prioritarias a trabajar. Todo ello constituye la base sobre la cual se construyeron los lineamientos estratégicos que orientarán el accionar institucional durante los próximos cuatro años.

4.3. Análisis estratégico

El análisis estratégico requiere de la comprensión externa e interna de Hospital Penco Lirquén. Su desarrollo se realiza en 3 momentos: análisis documental inicial para dar un marco general situacional; segundo, el análisis mediante Matriz EDPO y matriz de desafíos e ideas y tercero, el análisis de los aportes generados.

4.3.1. Resultados aplicación Matriz EDPO.

La matriz EDPO es una herramienta de análisis estratégico que evalúa cuatro aspectos clave de una organización o proyecto:

- Expectativas (lo que se espera lograr)
- Debilidades (limitaciones internas)
- Potencialidades (fortalezas internas)
- Oportunidades (factores externos favorables)

Sirve para identificar factores que influyen en una situación determinada y orientar la toma de decisiones.

De la aplicación de la matriz EDPO, se recopiló la siguiente información:

Matriz EDPO: Gestión Hospitalaria

Se identificaron importantes avances en áreas quirúrgicas, psiquiatría y formación profesional, destacando la reducción de listas de espera, consolidación de equipos multidisciplinarios, aumento de prestaciones y fortalecimiento del rol formador del hospital. Como proyección, se visualiza el desarrollo de centros formadores y mayor complejidad en las atenciones. Sin embargo, persisten desafíos como la falta de especialistas, infraestructura limitada, problemas de coordinación con la red y escasa estandarización de procesos, lo que requiere atención para consolidar lo avanzado.

Matriz EDPO: Ambientes Laborales

Se observa la necesidad de fortalecer el comité de ausentismo y mejorar la normativa interna, además de implementar pausas saludables y exámenes preventivos anuales con seguimiento. La inducción a nuevos funcionarios requiere mayor tiempo y materiales de apoyo. Es importante aumentar la capacitación de equipos directivos y gremios, reducir la brecha de personal y la fatiga laboral. También se destaca la necesidad de potenciar la inclusión laboral, la carrera funcionaria y asegurar financiamiento adecuado. Finalmente, es fundamental mejorar la protección de grupos vulnerables y abordar la resistencia al cambio y las contingencias.

Matriz EDPO: Calidad

Se destaca la respuesta pronta a reclamos y el cumplimiento de metas relacionadas con el manejo de estancias hospitalarias, lo que contribuye a una mejor gestión de camas y costos. Sin embargo, persisten deficiencias como la falta de recursos para abordar reclamos, rotación de personal y limitada difusión sobre listas de espera.

También existen desafíos en la gestión de casos sociosanitarios, dependencia del hospital base y redes de apoyo insuficientes. Se proyecta fortalecer el comité de gestión usuaria, mejorar el seguimiento de planes de mejora y fomentar el uso de HODOM para avanzar en la calidad.

Matriz EDPO: Financiero

Se cuenta con avances en la programación de agendas, planificación de compras y uso de sistemas informáticos como REYIMEN y receta electrónica, además de un mayor compromiso de jefaturas y capacitación del personal. Sin embargo, existen deficiencias importantes, como la falta de integración y soporte adecuado de sistemas, escasez de recursos para reposición y mantenimiento de activos, problemas de ausentismo y mala distribución del personal, además de resistencia al cambio y presupuesto limitado. También se evidencian obstáculos en la regularización de cargos y seguimiento de compras, lo que impacta la eficiencia financiera.

5. MATRIZ EDPO: RECOPIACIÓN DE RESULTADOS

Grupo 1: Gestión Hospitalaria

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	CR Psiquiatría: • Consolidación de hospitales de día • Existe una mirada más integral del usuario • Disminución de atenciones de urgencias • Ha aumentado la cantidad de prestaciones • Equipo multidisciplinario en todas las unidades • Se cuenta con todos los niveles de atención en el hospital CX Menor: • Instauración de pabellones de cx menor • Disminución de lista de espera • Instauración de procesos de acuerdo con normativa	CR Psiquiatría: • Aborda al usuario en las diferentes fases de su condición de salud • Disminución de morbilidad • Mejora satisfacción usuaria • Aumenta la retención de especialistas • Potencial centro formador Cx Menor: • Generar polo de desarrollo • Optimizar el procedimiento de CX Menor • Disminuir lista de espera • Aumento de retención de especialistas • Potencial centro formador	Potencialidades

	CR Quirúrgica: • Implementación de CR Quirúrgica • Optimización del proceso quirúrgico • Mejora la valorización del proceso laboral • Disminución de lista de espera • Implementación UTI Permite realizar CX más complejas	CR Quirúrgica: • Mayor satisfacción usuaria • Mejor producción quirúrgica • Optimizar el recurso financiero mediante Paquetización de CX • Aumento el nivel de complejidad • Generar nuevos polos de desarrollo hospitalario • Retención de especialistas y capital humano • Potenciar ser un centro formador	
Deficiencias	CR Psiquiatría: • Dificultades para derivación de la red • Falta de comunicación con APS • Falta de espacios adecuados • CR Quirúrgica: • Falta infraestructura y eventos imprevistos	CR Psiquiatría: • Falta de especialistas • Implementación de protocolos • Resistencia al cambio del equipo de salud • Falta de lineamientos desde nivel central • Falta recursos financieros y humano • CX Menor: • Falta de estandarización de tiempos y técnicos quirúrgicos • Falta recurso humano y espacio físico • CR Quirúrgico: • Falta de infraestructura y RRHH • Cambio de lineamientos de DSST con respecto a la cartera de prestaciones • Necesidades/Intereses de la red • Falta de estandarización de tiempo y técnicas quirúrgicas • Falta de especialistas	Obstáculos

Grupo 2: Gestión Hospitalaria

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	• Formación Profesionales: • COLDAS acceso a equipamientos • PAO devolución especialización • Unidades consolidadas: HODOM, UHCIP • Alumnos internos con conocimientos en la institución que pueden realizar reemplazo • Diplomado de especialidades quirúrgicas • LE QX y Ambulatoria: • Trabajo en red disminuye LEQ Urología • Éxito al GES lista de espera • Creación de CR Quirúrgico	• Formación Profesionales: • Formalización de beneficio de tutoría clínica de manera directa a cada área, unidad o servicio • Docencia obliga a mantener a capacitación continua • Incorporación formativa de Postgrado (Quirúrgica, Odontología, Medico Familiar y psiquiatría) • Formación de profesionales No médicos • Postgrado en el área de salud mental • Perpetuar experiencia docente diplomados • LE QX y Ambulatoria: • Contratación de especialistas para resolver brechas • Complejizar y aumentar las prestaciones quirúrgicas	Potencialidades

Deficiencias	• Formación Profesionales: • Rotativo estructura formación transversal • Capacidad formadora limitada en nuestra institución (pocos especialistas o especialistas únicos, lo que dificulta armar equipos de trabajo) • Beneficio tutoría clínica • Falta de unidad docente asistencial consolidada • LE QX y Ambulatoria: • Falta de especialistas • Falta de pertinencia de las interconsultas de APS • Reconversión de camas en pandemia; 9 camas menos en MQ, que fueron reconvertidas a camas UTI (menos camas, menos especialistas y es menos atractivo para los especialistas venir HPL) • Suspensión de cirugías • Falta retención especialistas	• Formación Profesionales: • Tiempo asignado a tutoría clínica • Falta de infraestructura para alumnos • Mediana complejidad puede ser menos atractivo • LE QX y Ambulatoria: • Carga de morbilidad del usuario (Complejidad) • Falta de recursos dotación cama • Costos de insumos y equipamiento • Movilización (ambulancia) • Velocidad de conexión de internet • Falta de integración de sistemas informáticos	Obstáculos
---------------------	---	--	-------------------

Grupo 3: Ambientes Laborales

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	- Existencia de auto consultas SIRACHE (LM) - Acceso a la plataforma (Auto consulta) - Comité de ausentismo - Teletrabajo - Aumento de profesionales destinados a la atención de funcionarios (Unidad de Calidad de Vida) - Existencia de unidad de salud del personal - Existencia de Inducción a nuevos funcionarios - Existencia de sala cuna y club escolar	- Plan de trabajo anual por área específica - Plan de trabajo transversal - Consolidar comité de ausentismo - Creación de normativas internas relacionadas con el ausentismo - Reconocimientos más significativos y simbólico por años realizados, contar con un equipo gestor en reconocimiento de los trabajadores (evitar la improvisación (que no sea solo la entrega de pergaminos) - Pausas saludables permanentes y participativas - Intervención multidisciplinaria que aborde problemas de salud de larga data - Exámenes preventivos obligatorios 1 vez al año (según grupo etario) y seguimiento de problemas de salud detectados en exámenes preventivos - Autocuidados para funcionarios por unidades (supervisado) - Enriquecer la inducción existente con material de apoyo y mayor tiempo (actualmente solo son 2 hrs) - Disminuir a forma paulatina el ausentismo (Ser el hospital con menos ausentismo) - Funcionarios informados en las políticas institucionales	Potencialidades

Deficiencias	Ausentismo reiterado Falta de eficiencia del comité Falta técnica de autocuidado ejercicios Falta de abordaje integral en caso de salud deteriorada compleja Exámenes preventivo no obligatorio Evaluación efectiva de la unidad SAFU	Falta evaluación completa de inducción del establecimiento Mayor liderazgo del área de RRHH Realizar evaluaciones a todos los funcionarios de reemplazos, a fin de conocer las competencias de cada uno y destinarlos al área que mejor se desempeñen	Obstáculos
---------------------	--	--	-------------------

Grupo 4: Ambientes Laborales

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	- Existencia marco legal que regula y promueve estas acciones (Teletrabajo, Protocolo VALS, Difusión buen trato) (Decálogo) - Aplicación oportuna de encuesta CEAL y Plan de trabajo definido - Se cuenta con profesionales referentes en temática - Consolidación mesa de género - Incorporación: RRHH, 44 hrs, Psicóloga, SAFU* - Gestión de comisión salud	- Aumento de personal capacitado - Aprobación, construcción y puesta en marcha jardín infantil - Trabajo colaborativo entre directivos y gremios - Concientización ley Karin y protocolo VALS (Monitores por unidad) - Potenciar políticas de autocuidado y reconocimiento de equipos y funcionarios - Potenciar la carrera funcionaria (Personal contrata y desarrollar) - Ser referente a nivel público de 1% de inclusión laboral y adecuación de los puestos de trabajo	Potencialidades
Deficiencias	- Escasa capacitación equipos directivos y gremios - Brecha recurso humano - Fatiga equipos de trabajo - Usuarios más agresivos - Desprotección rango etario (2 – 4 años) cuidados infantiles	- Resistencia al cambio - Falta recursos financieros para abordaje de potencialidades - Contingencias/Catástrofes	Obstáculos

Grupo 5: Calidad

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	• Respuesta pronta a reclamos (88%) • Solo 35% solicitudes ciudadanas corresponden a reclamos (381) • Protocolo respuesta reclamos a cargo de OIRS • Información usuarios sobre realización de solicitud • Formación de comité gestión usuaria • Planes de mejora individualizado	• Potenciar comité gestión usuaria • Seguimiento planes de mejora • Difusión de cantidad y tipo de solicitudes con comunidad hospitalaria • Capacitaciones y talleres sobre trato de usuarios (individualizado) • Oportunidad de mejora	Potencialidades
Deficiencias	• Respuestas poco satisfactorias, debido a diversos factores (personal, recursos) • Falta recursos para subsanar falencias • Falta abordaje específico reclamos de trato al usuario • Falta de difusión sobre listado de espera y categorizaciones (búsqueda de estrategias nuevas y asertivas)	• Recursos limitados • Rotativa personal (personal reemplazo) • Subjetividad de reclamos, por parte usuario	Obstáculos

Grupo 6: Calidad

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	• Cumplimiento de meta MINSAL respecto a exceso de estancias • Atención cerrada (MQ/UTI) • Costos por excesos de estancias han disminuido este año	• Mayor disponibilidad de camas para los usuarios • Mejora en la calidad de atención • Reducción de costos • Reducción de ocurrencia de eventos adversos • Fomentar uso de HODOM	Potencialidades
Deficiencias	• Recursos Humanos • Especialidades • Dependencia hospital base	• Casos Sociosanitarios • Redes de apoyo (Sociales Transitorios) • Reingresos	Obstáculos

Grupo 7: Financiero

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	- Flujo de programación y agenda definida - Sistema local de uso de espacios Boxes - Ciclo laboral con base de datos profesionales reemplazos	- Calendarización; reuniones, programación - Dosificación de prestaciones de programación (Cirugías v/s Atención ambulatoria) - Respetar agendas profesionales (Evitar redistribución de funciones)	Potencialidades
Deficiencias	- Horarios de profesionales diversos (aglomeración algunos días) - Ausentismos profesionales - Calendarización de programación extemporánea (febrero v/s Diciembre)	- Sistema de registro Poco flexible - Inestabilidad de políticas de programación (continuidad)	Obstáculos

Grupo 8: Financiero

	Retrospectiva	Proyección	
Éxitos	• Planificación de compras • Sistema informático REYIMEN • Calendarización de solicitudes de servicios de unidades clínicas • Fortalecimiento RRHH en bodega • Capacitación • Receta electrónica • Ordenamiento en la entrega de insumos de bodega • Gestión de comités	• Infraestructura • Compromiso de jefaturas y responsabilidad en el buen uso de recursos • Desarrollos locales de sistemas • Financiamiento GRD • Planificación participativa del trabajo • Toma de decisiones con opiniones del equipo • Disminución de mermas • Control de activo fijo con sistema de inventario	Potencialidades
	• Falta de integración en sistemas • Soporte TRAKCARE deficiente • Reportabilidad de REYIMEN • Falta recursos para reposición y compra activo fijo • Falta de cuidados de los activos fijos (compromiso) • Reportabilidad de sistemas insuficiente e inseguro	• Presupuesto escaso • RRHH especializado • Compromiso del personal (cuidado de bienes, Buen uso de recursos)	

Deficiencias	• Ausentismo de personal; recarga, mala distribución, desconocimiento; • Pérdida del sentido de pertenencia para cuidar los recursos • Falta recursos para reposición y compra activo fijo • Sistema de inventario efectivo • Falta de cuidado de los activos fijos (compromiso) • Mantenciones a equipos no clínicos	• Presupuesto limitado • Resistencia al cambio para potenciar la función de innovación • Falta de regularización de cargos para ahorro financiero • Seguimiento de compra	Obstáculos
---------------------	--	--	-------------------

5.1. Desafíos generales e ideas propuestas.

Grupo 1: Gestión hospitalaria

<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos crear un enfoque integral en la atención psiquiátrica que mejore la satisfacción del usuario, reduzca la morbilidad, mientras potenciamos el hospital como un centro formador en salud mental?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Jornadas de Innovación en Atención Psiquiátrica: • Formar grupos multidisciplinarios para diseñar un protocolo de atención integral que aborde cada fase del tratamiento. Incluir expertos en salud mental, enfermería, trabajo social y pacientes.
---	--

<u>Desafío:</u> <i>¿Qué acciones debemos implementar para establecer un polo de desarrollo en cirugía menor que optimice sus procedimientos?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Establecimiento de un Centro de Excelencia en Cirugía Menor: • Formar un grupo de trabajo para desarrollar un plan estratégico que posicione al hospital como un líder en cirugía menor, incluyendo capacitación y mejora de infraestructura. • Instalación del proceso de Cirugía Menor: • Reunir a un equipo de cirujanos y administradores para revisar y optimizar los protocolos actuales, buscando eficiencias en tiempos y costos.
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos optimizar el uso de recursos financieros en el área quirúrgica a través de la Paquetización de cirugías, mejorando la eficiencia y reduciendo costos sin comprometer la calidad de la atención?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Implementación de Modelos de Paquetización: Trabajar en equipo para investigar y desarrollar modelos de Paquetización que incluyan diferentes tipos de cirugía, facilitando el cálculo de costos y mejorando la planificación financiera (endoscopia, cirugía menor y pabellón)

Grupo 2: Gestión Hospitalaria:

<u>Desafíos:</u> <i>¿Cómo formalizar y optimizar la formación de profesionales médicos y no médicos en el hospital a través de la implementación de programas estructurados de tutorías clínicas y postgrado?</i> <i>¿Qué estrategias se pueden implementar para asegurar una capacitación continua y de calidad para el personal médico mediante programas estructurados de tutorías clínicas y postgrado?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Formalización y optimización de la formación profesional: ✓ Crear alianzas con universidades y centros educativos para diseñar programas de formación continua y tutorías clínicas. ✓ Implementar un plan de formación estructurado para los profesionales de salud, que incluya cursos de actualización, simulaciones clínicas, y rotaciones especializadas. ✓ Desarrollar programas de postgrado con acreditación y respaldo del hospital, garantizando que los profesionales puedan avanzar en su carrera dentro de la institución
--	--

Grupo 1: Ambientes Laborales

<u>Desafíos:</u> <i>¿Cómo lograremos asegurar la aprobación, construcción y puesta en marcha de un jardín infantil, cumpliendo con todas las normativas legales y estándares de calidad, mientras garantizamos el cumplimiento de los plazos establecidos?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Diagnostico (Investigación y Análisis Previo) • Estudio de Normativas: Investigar y compilar todas las normativas legales y estándares de calidad que deben cumplirse en la construcción y operación de un jardín infantil en el área de salud.
--	---

<i>¿Cómo podemos enfrentar el desafío de la equidad de género, conciliar de manera efectiva el trabajo y la vida familiar, e impulsar políticas de inclusión que integren a todos los grupos en igualdad de condiciones?</i>	• Análisis de Necesidades: Realizar un diagnóstico para identificar las necesidades y expectativas de la comunidad hospitalaria respecto al jardín infantil. 2. Planificación • Elaboración de plan detallado que incluya cronogramas, hitos, recursos necesarios y un presupuesto estimado. • Definición de Roles y Responsabilidades: Asignar responsabilidades claras a cada miembro del equipo para asegurar que todas las áreas del proyecto estén cubiertas 3. Gestión de Permisos y Aprobaciones • Solicitudes de Permisos • Colaboración con Autoridades Locales: Establecer un contacto directo con las autoridades competentes para facilitar el proceso de aprobación y asegurar que se entienden todos los requisitos 4. Comunicación y Relaciones Públicas • Involucramiento de la Comunidad Hospitalaria
---	---

Grupo 2: Ambientes Laborales:

<u>Desafío:</u> ¿Cómo podemos desarrollar un sistema de reconocimiento más significativo para los funcionarios, gestionado por un equipo especializado, se enfoque en celebrar de manera simbólica los años de servicio?	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Mejora del reconocimiento de los funcionarios: • Reconocimientos personalizados: Desarrollar un programa de reconocimiento que se enfoque en los logros individuales y las contribuciones específicas, permitiendo a cada funcionario ser valorado por sus habilidades únicas. Esto podría incluir notas de agradecimiento personalizadas, menciones en reuniones o en plataformas internas. • Celebraciones de hitos laborales: Celebrar los aniversarios de trabajo y los logros clave de los empleados mediante eventos especiales, premios o reconocimientos públicos, lo que aumenta el sentido de pertenencia y el compromiso con la organización. • Evaluaciones de desempeño transparentes: Crear un sistema de evaluación clara y justa donde los empleados puedan recibir retroalimentación constructiva, junto con recompensas tangibles por sus contribuciones.
<u>Desafío:</u> ¿Qué estrategias podemos implementar para establecer una intervención multidisciplinaria que aborde problemas de salud crónicos del personal, complementada con exámenes preventivos anuales obligatorios, y un seguimiento adecuado	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Implementación de un sistema efectivo de exámenes preventivos: Programa de chequeos médicos periódicos, incentivos a través del bienestar

<i>de las condiciones detectadas?</i>	Garantizar la salud del personal a través de intervenciones multidisciplinarias: Programa de chequeos médicos periódicos, Monitoreo continuo de la salud, Incentivos para el bienestar, actividades de ejercicio y actividad física
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos diseñar una estrategia integral que permita modificar la cultura organizacional y así abordar el problema de las licencias excesivas, promoviendo un ambiente laboral más productivo y saludable?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Análisis y Diagnóstico: - Identificar las causas raíz: Realizar una investigación exhaustiva para determinar las razones detrás de las licencias excesivas. Esto puede incluir encuestas a los empleados, análisis de datos históricos, entrevistas con líderes y equipos, y comparación con otras organizaciones similares. - Evaluar las políticas actuales de la red: Revisar las políticas de licencias médicas, permisos y ausencias para identificar estrategias. - Evaluar la cultura organizacional: Para identificar si hay factores como el estrés laboral, la falta de reconocimiento, la falta de flexibilidad o un ambiente laboral negativo que puedan contribuir al problema.

	2. Diseño de Intervenciones: Comunicación clara y transparente: Establecer una comunicación abierta y honesta con los empleados sobre las expectativas en cuanto a la asistencia y el compromiso.
--	--

Grupo 1: Calidad

<u>Desafíos:</u> <i>¿Cómo podemos fortalecer el comité de gestión usuaria para asegurar una adecuada difusión de las solicitudes recibidas y su naturaleza, mejorando la transparencia y la participación de la comunidad hospitalaria, al tiempo que implementamos capacitaciones y talleres para elevar la calidad y personalización de la atención al paciente?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Fortalecimiento de la gestión de usuarios: - Crear un canal de comunicación entre el comité de gestión usuaria y los pacientes, a través de boletines, encuestas de satisfacción, y reuniones abiertas con la comunidad. - Desarrollar reportes regulares sobre las solicitudes y preocupaciones de los usuarios, y compartir los resultados con los equipos internos para fomentar una mejora continua. 2. Capacitación y sensibilización en atención al usuario: - Organizar capacitaciones continuas para el personal enfocadas en habilidades de comunicación, empatía y resolución de conflictos con los usuarios.
--	---

¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrenta una institución de salud en la integración de sistemas de gestión de calidad para asegurar el cumplimiento de auditorías clínicas y administrativas, y qué estrategias podrían implementarse para superar estos desafíos?

Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos

- Capacitación y sensibilización en atención al usuario:
- Capacitación para médicos y Eu.: Comunicación sensible en situaciones críticas.
- Realizar campañas de concientización sobre la importancia de un trato digno y humano hacia los pacientes, involucrando a todos los niveles de la organización. (auditorías medicas)
- Desarrollar una guía de sanciones administrativas orientada a jefaturas, que contemple un marco claro y estructurado para abordar el incumplimiento de funciones. (Esta guía buscará establecer criterios específicos y procedimientos transparentes que faciliten la identificación de faltas, así como las correspondientes medidas correctivas, con el objetivo de promover una cultura de responsabilidad y cumplimiento dentro de la organización.)
- Además, se contemplará un proceso de comunicación y capacitación para asegurar que todos los involucrados comprendan y apliquen correctamente estas disposiciones

Grupo 2: Calidad

<u>Desafío:</u> <i>¿Qué estrategias podemos implementar para reducir la ocurrencia de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente, al mismo tiempo que establecemos un sistema de auditoría regular para monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Reducción de eventos adversos: • Implementar un sistema de reporte de eventos adversos y lecciones aprendidas, donde se identifiquen las causas principales y se implementen mejoras preventivas. (¿comité eficiencia?) • Realizar capacitaciones sobre seguridad del paciente y prácticas de cuidado que minimicen el riesgo de errores. 2. Auditoría de procesos: • Crear un equipo de auditoría interna que realice evaluaciones regulares en áreas clave y proporcione retroalimentación para mejorar la calidad de los servicios. • Implementar auditorías de procesos clínicos, administrativos y financieros, con indicadores clave que aseguren el cumplimiento de los estándares hospitalarios.
<u>Desafío:</u> <i>Garantizar la continuidad y eficiencia en las actividades hospitalarias mediante la definición de pautas mínimas de subrogancia, que aseguren el</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Establecimiento de pautas mínimas para subrogancias: ◦ Definir claramente las responsabilidades en casos de subrogancia, asegurando que el personal tenga un

<i>adecuado reemplazo y desempeño del personal durante sus ausencias.</i>	plan de acción estandarizado para cumplir con sus tareas. • Capacitar al personal en subrogancias, explicando las actividades mínimas que deben cumplir para garantizar la continuidad de la atención
--	--

Grupo: Calidad 2

<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos fortalecer la gestión de casos sociales para asegurar una atención integral y adecuada a los pacientes en situación de vulnerabilidad, mejorando así la atención social y la eficiencia en hospitalización?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Atención a casos sociales: • Crear un equipo multidisciplinario de trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros dedicados a la atención de casos sociales críticos, que trabaje junto a las familias y la comunidad para encontrar soluciones. • Implementar un sistema de evaluación integral para identificar a los pacientes que requieran atención social temprana. • **Alumnos en práctica
--	---

Grupo 1: Finanzas

Desafío: <i>¿Cómo podemos potenciar el comité de programación para asegurar una correcta calendarización de reuniones y actividades, mejorando así la eficiencia organizativa?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Optimización del comité de programación: • Utilizar herramientas tecnológicas de gestión de proyectos para mejorar la calendarización de actividades, asegurando una mejor coordinación de reuniones y uso de recursos. • Crear un sistema de revisión y retroalimentación periódica para ajustar y mejorar la programación
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos fomentar el compromiso de las jefaturas en el uso responsable de los recursos, promoviendo una cultura de ahorro y eficiencia dentro del hospital?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Compromiso con el uso eficiente de recursos: • Crear un plan de acción que involucre a todas las jefaturas, promoviendo un sistema de monitoreo de los recursos utilizados y la creación de incentivos por ahorro. • Implementar un sistema de reporte mensual sobre el uso de recursos, con un análisis detallado para identificar áreas de mejora.
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos realizar un análisis financiero del sistema GRD para asegurar una asignación</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Análisis financiero del financiamiento GRD: • Formar un equipo multidisciplinario que realice un análisis detallado del sistema GRD para asegurar que

<i>adecuada de fondos según los diagnósticos y tratamientos? (PAQUETIZACION)</i>	los fondos se asignan correctamente según la complejidad de los casos
---	--

Grupo 2: Finanzas

<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos tomar decisiones estratégicas basadas en el análisis de la relación Producción/Gasto para optimizar los recursos hospitalarios?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> 1. Toma de decisiones basada en análisis de Producción/Gasto: • Desarrollar un sistema de análisis financiero y operativo continuo que permita tomar decisiones basadas en datos, optimizando la relación entre producción y gasto. • Implementar cuadros de mando con indicadores clave que muestren la eficiencia de las áreas operativas y financieras.
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos implementar medidas de contención del gasto, asegurando un uso racional y eficiente de los</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Contención del gasto: ◦ Crear un plan de contención del gasto con metas claras y factibles, involucrando a todas las áreas del hospital.

<i>recursos sin comprometer la calidad de los servicios, a partir del análisis financiero?</i>	○ Desarrollar mecanismos de monitoreo en tiempo real para identificar desvíos presupuestarios y tomar acciones correctivas rápidamente
<u>Desafío:</u> <i>¿Cómo podemos fortalecer el control del activo fijo mediante la implementación de un sistema de inventario preciso y actualizado?</i>	<u>Ideas para Abordar los Desafíos en Grupos</u> • Control del activo fijo: ○ Implementar un sistema digital de inventario que permita monitorear el estado y la ubicación de los activos en tiempo real, con alertas automáticas para el mantenimiento o la reposición

5.2. lineamientos Estratégicos

Los análisis y trabajos anteriores expuestos son la base fundamental para definir la Planificación Estratégica 2025-2028 que se constituye en los siguientes puntos:

- Misión, es la ruta sobre las que avanzará el Hospital Penco-Lirquén como organización en el período indicado.
- Visión, para definir y asimilar que nuestro objetivo es llegar a ser lo que la Visión indica al 2028.
- Valores Institucionales, que determinan el foco y orientación del quehacer institucional en el período indicado.
- Análisis de contexto institucional: Establece el marco de potencial proyección y restricciones que tiene el Hospital Penco-Lirquén para definir estrategias y actividades que se proyectan realizar para lograr la Visión de la institución.

Finalmente, todo lo anterior otorga el contexto para definir los objetivos (estratégicos y específicos), con sus respectivos indicadores, metas, plazos y responsables, todo lo que se denomina Matriz Plan Estratégico, y que queda establecido como se muestra en las páginas siguientes.

5.2.1. Objetivos Estratégicos, Específicos y su detalle para el control de gestión.

A partir del contexto estratégico, se definieron objetivos siguiendo la metodología planteada en los puntos anteriores, con lo que se definieron objetivos que respondieran al contexto y que favorecieran el desarrollo futuro del Hospital.

5.2.1.1. Matrices de Objetivos del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

En las páginas siguientes se presenta la Matriz de objetivos, que presenta los objetivos estratégicos y su desglose en objetivos específicos, todos enmarcados en las perspectivas de desarrollo para los años 2025-2028 y que son el resultado de la conjugación de todos los análisis previos del presente documento, enmarcados en la Matriz de Objetivos. Asimismo, a continuación de la anterior, se presentan las fichas que contienen las precisiones de cada uno de los indicadores, para su respectivo seguimiento y control.

5.2.1.2. Estructura de Matriz de Objetivos

Los elementos en la Matriz y su definición son los siguientes:

Objetivo Estratégico: Es el objetivo que orienta las áreas estratégicas de desarrollo de la institución.

Objetivo Específico: Es el desglose del Objetivo Estratégico en varias áreas tácticas. Cada uno de ellos exhibe las líneas de acción que el Hospital ha priorizado poner en marcha para el período 2025-2028.

Fecha Inicio: Es la fecha en la que se inicia la puesta en marcha del objetivo específico, y que por lo tanto orienta la programación para incluirla en los Planes de Gestión Operacional.

Fecha Término: Es la fecha en la que se programa la finalización de actividades para lograr el objetivo específico, y que por lo tanto orienta la programación para incluirla en los Planes de Gestión Operacional.

Responsable: Es la persona (funcionario) al que se asigna la responsabilidad de un objetivo específico, y que se hace cargo de responder por el avance y resultados de los esfuerzos realizados para lograrlo.

5.2.1.2.1 Estructura de Fichas de Indicadores para el Seguimiento y Control del Plan Estratégico

Para el período 2025–2028, el Hospital Penco Lirquén ha adoptado una nueva modalidad de seguimiento y control basada en fichas individuales por indicador, reemplazando la estructura utilizada en ciclos anteriores. Esta herramienta permite un monitoreo más claro, ordenado y orientado a resultados, fortaleciendo la vinculación entre los objetivos estratégicos y las acciones concretas de gestión.

Cada ficha incluye los siguientes elementos:

Objetivo Específico: Define el propósito particular que se busca alcanzar, vinculado directamente a uno de los objetivos estratégicos del plan.

Nombre del Indicador: Denominación que identifica el indicador de manera clara.

Descripción del Indicador: Explicación sobre qué mide el indicador y cuál es su alcance.

Razonamiento del Indicador: Justificación de por qué se utiliza el indicador y su importancia para el seguimiento del objetivo.

Objetivo del Indicador: Comprende lo que se espera alcanzar en los años 2025, 2026, 2027 y 2028.

Fuente de Datos: Origen de la información que se utiliza para los datos el indicador.

Fórmula del Indicador: Forma de cálculo que permite obtener el valor del indicador.

Iniciativas del Año 2025: Acciones previstas para el año en curso, orientadas a contribuir al cumplimiento del indicador. Estas iniciativas se actualizarán anualmente, según el avance observado.

Frecuencia de Medición: Indica cada cuánto tiempo se realiza la medición del indicador.

Responsables: Subdirección o subdirecciones responsables del indicador, junto con la Dirección del hospital.

Observaciones: Consideraciones importantes a tener en cuenta para la correcta interpretación o aplicación del indicador. Este apartado entrega detalles técnicos u operativos que deben considerarse en su implementación.

Esta modalidad busca fortalecer la gestión institucional mediante un seguimiento y control sistemático, permitiendo evaluar avances, ajustar acciones y orientar decisiones durante toda la vigencia del Plan Estratégico 2025–2028.

5.2.1.3. Matriz de Objetivos del Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Fecha inicio	Fecha Término	Responsable
1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria	1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión Clínica
	1.2. Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post grado	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión Clínica
	1.3. Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión Clínica
2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral	2.1. Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
	2.2. Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
	2.3. Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Fecha inicio	Fecha Término	Responsable
3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos.	3.1. Proporcionar atención oportuna, segura y digna.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección Administrativa
	3.2. Fortalecer los procesos de mejora continua y calidad.	Enero 2025	Diciembre 2028	Dirección
	3.3. Disminuir los costos generados por problemas de calidad.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección de Gestión Clínica
4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles.	4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección Administrativa
	4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección Administrativa
	4.3. Controlar de manera eficiente los recursos financieros.	Enero 2025	Diciembre 2028	Subdirección Administrativa

5.2.1.4. Fichas Indicadores Hospital Penco-Lirquén 2025-2028

En el marco del proceso de planificación estratégica del Hospital Penco Lirquén para el periodo 2025–2028, se ha desarrollado un conjunto de indicadores que permiten dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos para cada una de las líneas estratégicas priorizadas. Estos indicadores constituyen una herramienta fundamental para la gestión institucional, ya que posibilitan monitorear y controlar los avances, identificar brechas y orientar la toma de decisiones hacia una mejora continua en beneficio de la comunidad usuaria.

A continuación, se presentan las fichas técnicas correspondientes a cada indicador. Cada una de ellas contiene los antecedentes generales, las precisiones necesarias para su adecuada comprensión, la descripción detallada, fórmula de cálculo, fuente de información, meta esperada y demás elementos relevantes. Esta información se encuentra organizada según las líneas estratégicas trabajadas, indicando en cada caso a los responsables por área, lo que permite asegurar una gestión clara, articulada y con sentido de responsabilidad compartida.



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

PLAN ESTRATÉGICO

2025-2028

PRECISIONES INDICADORES
2025-2028

A) Objetivo Estratégico N°1

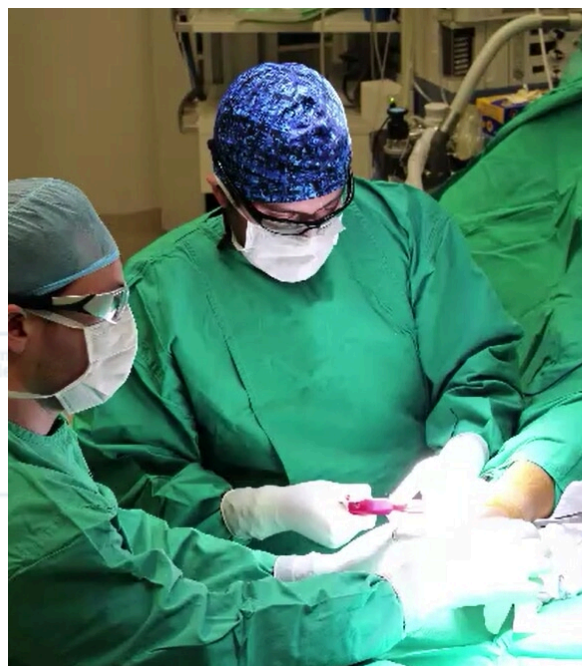
GESTIÓN HOSPITALARIA



El Hospital Penco Lirquén busca mejorar su gestión para asegurar una atención de calidad, con acceso y oportunidad para sus pacientes. Para ello, fortalecerá la cirugía menor, agilizando procedimientos ambulatorios, y potenciará su capacidad formadora en salud.

También se reforzará el CR de Psiquiatría y el área quirúrgica, mejorando la atención en estos servicios. Estas mejoras permitirán responder mejor a las necesidades de la comunidad.

1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria



A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Específico:

1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica



NOMBRE DEL INDICADOR:

**Optimización e integración del modelo de
atención clínica en unidades prioritarias.**

RESPONSABLE

**SUBDIRECCIÓN GESTIÓN
CLÍNICA, HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN**

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR:

Este indicador evalúa el progreso en la implementación y mejora de unidades clínicas, con énfasis en aquellas priorizadas. Asimismo, mide la optimización de recursos estratégicos, incluyendo recursos humanos, infraestructura y equipamiento, así como la definición de la cartera de prestaciones en estas unidades, garantizando un enfoque multidisciplinario y comunitario.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Asegurar que los procesos y protocolos clínicos estén actualizados, implementados y operativos, fortaleciendo la atención integral, con un enfoque comunitario y resolutivo. Además, la expansión de prestaciones quirúrgicas menores permitirá un mayor acceso y uso óptimo de los recursos disponibles.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Instaurar el CR de Psiquiatría y Salud Mental y optimizar el proceso de Cirugía Menor, asegurando la implementación de infraestructura, recursos humanos y equipamiento adecuado para ambas unidades, con un enfoque multidisciplinario.
- **2026:** Fortalecer la implementación de los procesos de atención en las unidades clínicas priorizadas, optimizando la formación del personal.
- **2027:** Evaluar la eficiencia de los recursos utilizados en las unidades priorizadas, realizando ajustes en los procesos y ampliando las capacidades de atención para asegurar una cobertura adecuada a la demanda.
- **2028:** Consolidar la mejora continua de las unidades priorizadas, evaluando la ampliación de la cartera de servicios con base en la experiencia acumulada y las necesidades de la población

A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Especifico:

1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica



INICIATIVAS 2025:

Plan Estrategico en Psiquiatria y Salud Mental

Consolidación del proceso de cirugía menor

Apoyo en comunicación interna en el proceso de cambio de Cr. Psiquiatría y Salud mental

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica y subdirección de las personas y en el plan de trabajo del CR. Quirúrgico

FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya al menos las tres iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

(N° de Informes comprometidos/N° de informes realizados)

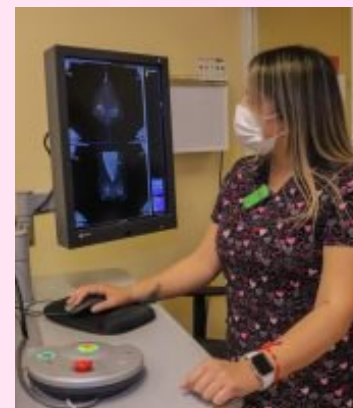
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Específico:

1.2 Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post grado



NOMBRE DEL INDICADOR:

"Disponibilidad de programas de formación para profesionales médicos y no médicos priorizados para la red de salud"

RESPONSABLE

SUBDIRECCIÓN GESTIÓN
CLÍNICA, HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Este indicador mide la disponibilidad y desarrollo de programas de formación dirigidos a profesionales médicos y no médicos en áreas priorizadas, con el objetivo de fortalecer la capacidad formadora de la institución y contribuir a la formación de recursos humanos para la red de salud.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este indicador permite evaluar la capacidad de la institución para ofrecer programas de formación en áreas priorizadas, fortaleciendo la red de salud con profesionales altamente capacitados. Además, facilita la planificación estratégica al identificar necesidades de mejora en infraestructura, equipamiento y modelos educativos, asegurando una oferta académica sostenible y alineada con las demandas del sistema de salud.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Realizar el levantamiento de la capacidad formadora del hospital en áreas priorizadas, identificando recursos disponibles, brechas y oportunidades de mejora para su consolidación como referente en la formación de postgrado.
- **2026:** Implementar estrategias para fortalecer la oferta formativa del hospital, incluyendo la creación o mejora de programas de formación para profesionales médicos y no médicos en especialidades priorizadas para la red de salud.
- **2027:** Evaluar el impacto de la formación impartida en la red de salud, ajustando los programas y optimizando la infraestructura y recursos para garantizar una enseñanza de calidad y alineada con las necesidades del sistema.
- **2028:** Consolidar al hospital como un referente en la formación de postgrado, asegurando la sostenibilidad de los programas, estableciendo convenios estratégicos y fortaleciendo la capacidad formadora en función de la demanda del sistema de salud.

A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Especifico:

1.2 Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post grado

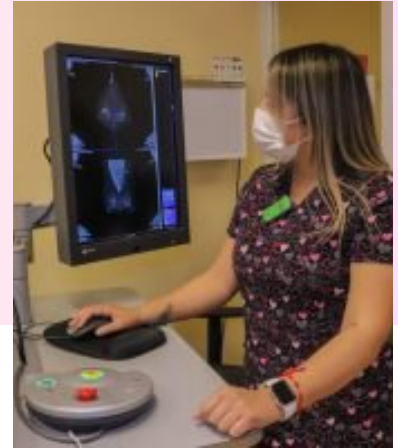
INICIATIVAS 2025:

Levantamiento de la capacidad formadora

Base de datos de profesionales como potenciales formadores

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica y subdirección de las personas.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya al menos las dos iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

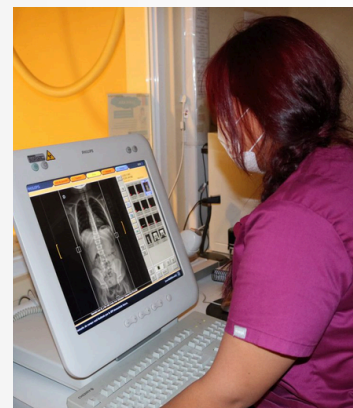
FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Específico:

1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención



NOMBRE DEL INDICADOR:

Análisis y uso de indicadores priorizados para la gestión de la demanda asistencial y mejora en el acceso a la atención.

RESPONSABLE

**SUBDIRECCIÓN GESTIÓN
CLÍNICA, HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN**

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR:

Este indicador mide la gestión de la demanda asistencial a través del análisis de indicadores priorizados, permitiendo identificar brechas en el acceso y la oportunidad de atención. Su propósito es optimizar la planificación de los recursos, mejorar la eficiencia en la atención y garantizar una respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes. Además, facilita la toma de decisiones basada en datos para fortalecer la equidad y la calidad del servicio asistencial.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este indicador permite optimizar la gestión de la demanda asistencial mediante el análisis de indicadores priorizados, asegurando una distribución eficiente de recursos y un acceso oportuno a la atención. Al basarse en datos, facilita la identificación de brechas y la toma de decisiones estratégicas para mejorar la eficiencia y calidad del servicio asistencial.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Realizar el levantamiento de indicadores priorizados clínico-administrativos para la gestión de la demanda asistencial, identificando brechas en el acceso y la oportunidad de atención, con el fin de optimizar la toma de decisiones y la planificación de recursos.
- **2026:** Implementar un sistema de monitoreo basado en indicadores priorizados clínico-administrativos, permitiendo un análisis continuo de la demanda asistencial y la optimización de los tiempos de acceso y resolución de la atención.
- **2027:** Evaluar el impacto de las estrategias implementadas en la gestión de la demanda asistencial mediante el análisis de indicadores clínico-administrativos, ajustando los procesos para mejorar la eficiencia, equidad y calidad en la atención.
- **2028:** Consolidar un modelo de gestión de la demanda asistencial basado en el análisis permanente de indicadores priorizados clínico-administrativos, asegurando su sostenibilidad e integración en la planificación estratégica del sistema de salud.

A. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°1

Objetivo Especifico:

1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención

INICIATIVAS 2025:

Levantamiento y analisis de los principales indicadores que tributan a la gestión y garantizan el acceso y la oportunidad

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica, subdirección de las personas, subdirección administrativa y en el plan de trabajo del CR. Atención cerrada, apoyo diagnostico y terapeutico, cr. urgencia, cr. especialidades y cr. quirurgico,



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todos los indicadores clínico-administrativos priorizados

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

Objetivo Estratégico N°2

AMBIENTES LABORALES



El Hospital Penco Lirquén busca mejorar la calidad de vida en el trabajo, promoviendo un entorno de respeto y bienestar. Se realizará un diagnóstico para conocer las necesidades de los funcionarios y se implementará un plan alineado con el Servicio de Salud Talcahuano.

También se capacitará al personal en clima laboral, liderazgo, manejo de conflictos y comunicación. Estas mejoras permitirán fortalecer el equipo y responder mejor a las necesidades de la comunidad.

2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral



B) FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Especifico:

2.1 Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria



NOMBRE DEL INDICADOR:

Implementación de estrategia de análisis del ausentismo laboral en la comunidad hospitalaria

RESPONSABLE

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y
DESARROLLO DE LAS
PERSONAS HOSPITAL PENCO
LIRQUÉN**

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Este indicador mide el desarrollo, implementación y adopción de una estrategia integral de análisis del ausentismo laboral en la comunidad hospitalaria. Evalúa la recopilación, procesamiento y difusión de información clave para identificar patrones, causas y oportunidades de mejora en la gestión del ausentismo. Además, considera la efectividad de las estrategias para promover un cambio cultural que fomente la responsabilidad y la optimización de los recursos humanos en el hospital.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

El ausentismo laboral impacta directamente en la continuidad y calidad de la atención en salud, afectando la planificación de recursos humanos y la eficiencia operativa del hospital. La implementación de una estrategia integral de análisis permite identificar las principales causas del ausentismo, facilitando la toma de decisiones informadas y la aplicación de estrategias para su reducción.

Asimismo, compartir información clave con la comunidad hospitalaria contribuye a generar conciencia sobre la importancia de la asistencia y fomentar un cambio cultural que fortalezca el compromiso y la corresponsabilidad en el equipo de trabajo.

B. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Especifico:

2.1 Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Realizar el levantamiento del diagnóstico del ausentismo laboral en la comunidad hospitalaria, identificando sus principales causas, tendencias y el impacto en la gestión de recursos humanos y la calidad de atención. A partir de este diagnóstico, desarrollar un plan de intervención que contemple estrategias para reducir el ausentismo y mejorar la gestión del recurso humano.
- **2026:** Mantener y evaluar la implementación del plan de intervención en ausentismo desarrollado el año anterior, analizando su efectividad y realizando los ajustes necesarios. Además, considerar su difusión dentro de la comunidad hospitalaria si se determina pertinente, con el fin de fortalecer su impacto y sostenibilidad.
- **2027:** Fortalecer la difusión de información clave sobre ausentismo laboral dentro de la comunidad hospitalaria, promoviendo un cambio cultural orientado a la corresponsabilidad y optimización de los recursos humanos.
- **2028:** Consolidar la estrategia de análisis del ausentismo laboral, asegurando su sostenibilidad, integración en la gestión institucional y su uso como herramienta clave para la mejora continua en la administración del recurso humano.

INICIATIVAS 2025:

Liderar ejecución del diagnóstico de la situación hospitalaria en temáticas de ausentismo.

Presentación de diagnóstico en comité ejecutivo

Elaboración de plan de trabajo 2025 - 2028 enmarcado en el protocolo de ausentismo SSTH y diagnóstico institucional

Informe de evaluación anual de plan de trabajo

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de la subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

B. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Especifico:

2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).

NOMBRE DEL INDICADOR:

"Implementación de estrategias de conciliación trabajo-familia y prevención del VALS (violencia, acoso laboral y sexual)

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Este indicador mide la implementación de estrategias para fortalecer el liderazgo y la comunicación efectiva en las unidades priorizadas del hospital, promoviendo la inclusión de personal con discapacidad. Evalúa la participación en formación, el uso de herramientas de comunicación y el impacto del liderazgo en la gestión y eficacia del personal, mejorando la coordinación, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en áreas clave, y asegurando un entorno inclusivo.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

El fortalecimiento del liderazgo, la comunicación efectiva y la inclusión de personal con discapacidad son esenciales para mejorar la gestión del personal en las unidades priorizadas del hospital. Estas estrategias promueven un entorno colaborativo y accesible, optimizando la coordinación, la toma de decisiones y la eficiencia operativa, lo que mejora el desempeño del personal y la calidad de atención.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Desarrollar un reporte cuantitativo de denuncias VALS con un sistema de registro y seguimiento. Elaborar un plan para el reconocimiento de funcionarios, definiendo criterios y estrategias. Evaluar el avance del proyecto de jardín infantil, identificando oportunidades y necesidades. Promover el acceso a prestaciones de conciliación vida familiar-laboral para todos los funcionarios y desarrollar estrategias para fomentar la inclusión de personal con discapacidad, garantizando un entorno accesible e inclusivo.



RESPONSABLE

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y
DESARROLLO DE LAS
PERSONAS HOSPITAL PENCO
LIRQUÉN

B. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Específico:

2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2026: Implementar el sistema de reporte cuantitativo de denuncias VALS, asegurando su eficacia en la recopilación y seguimiento. Iniciar las acciones del plan de reconocimiento de funcionarios, alineándolos con los valores institucionales. Avanzar en la gestión del jardín infantil, garantizando su viabilidad y adecuación a las necesidades del personal. Promover el acceso a prestaciones de conciliación vida familiar-laboral y desarrollar estrategias para fomentar la inclusión de personal con discapacidad, estableciendo políticas inclusivas.
- 2027: Fortalecer el uso del sistema de reporte de denuncias VALS, garantizando su accesibilidad, transparencia y actualización. Evaluar el impacto de las estrategias de reconocimiento a funcionarios y realizar ajustes para mejorar su efectividad. Avanzar en el desarrollo del jardín infantil, asegurando su accesibilidad para los funcionarios. Ampliar el acceso a las prestaciones de conciliación vida familiar-laboral e integrarlas en los procesos administrativos. Evaluar y ajustar las estrategias de inclusión laboral de personas con discapacidad, promoviendo un entorno más inclusivo y accesible.
- 2028: Consolidar la sostenibilidad del sistema de reporte de denuncias VALS, integrándolo en la gestión institucional para su operatividad a largo plazo. Formalizar el programa de reconocimiento a funcionarios, evaluando su impacto en el clima laboral y ajustándolo según los resultados. Finalizar y poner en funcionamiento el jardín infantil, asegurando su accesibilidad continua. Garantizar el acceso a las prestaciones de conciliación vida familiar-laboral en toda la institución. Consolidar las estrategias de inclusión de personal con discapacidad, promoviendo su integración en todas las áreas del hospital.

INICIATIVAS 2025:

Supervisar actividades de reconocimiento de funcionarios

Supervisar el registro de planilla VALS

Informe cualitativo sobre ocupación de beneficios y prestaciones asociadas a la conciliación vida familiar y laboral

Liderar estrategias para promover la inclusión presentadas en comité ejecutivo

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de la subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

B. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Específico:

2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal



NOMBRE DEL INDICADOR:

"Implementación de estrategias de comunicación efectiva y fortalecimiento del liderazgo en unidades priorizadas del hospital."

RESPONSABLE

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y
DESARROLLO DE LAS
PERSONAS HOSPITAL PENCO
LIRQUÉN**

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Este indicador mide el desarrollo e implementación de estrategias enfocadas en fortalecer las capacidades de liderazgo y comunicación efectiva dentro de las unidades priorizadas del hospital. Evalúa la participación en instancias de formación, la aplicación de herramientas de comunicación efectiva y el impacto del liderazgo en la gestión y eficacia del personal. Asimismo, considera cómo estas acciones contribuyen a mejorar la coordinación, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en áreas clave para la institución.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

El liderazgo y la comunicación efectiva son factores clave para la gestión eficiente del personal, especialmente en las unidades priorizadas del hospital, donde la coordinación y toma de decisiones impactan directamente en la calidad de la atención. La implementación de estrategias dirigidas a fortalecer estas competencias permite mejorar el trabajo en equipo, optimizar la resolución de problemas y fomentar un ambiente laboral colaborativo.

Además, una comunicación clara y efectiva facilita la alineación de los equipos con los objetivos institucionales, reduciendo brechas en la gestión y promoviendo una mayor eficiencia operativa en las unidades estratégicas del hospital.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2025: Supervisar la elaboración de un procedimiento formal para la gestión ante cambios en puestos de trabajo dentro de las unidades priorizadas. Coordinar las acciones necesarias para realizar un diagnóstico detallado sobre la comunicación efectiva y el liderazgo en las unidades priorizadas, identificando áreas de mejora. Gestionar e implementar capacitaciones en comunicación efectiva y liderazgo, enfocadas en las unidades priorizadas, para mejorar las habilidades de los líderes y la interacción entre los equipos de trabajo.

B. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°2

Objetivo Específico:

2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal



OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2026: Desarrollar e implementar estrategias para fortalecer la comunicación efectiva y el liderazgo dentro de las unidades priorizadas, basadas en los resultados del diagnóstico realizado en 2025. Realizar seguimiento a las capacitaciones implementadas, evaluando su impacto en el desempeño y clima laboral. Promover el intercambio de buenas prácticas entre unidades priorizadas para mejorar la gestión y la cooperación interna.
- 2027: Monitorear el progreso de las estrategias de comunicación efectiva y liderazgo implementadas en las unidades priorizadas, realizando ajustes y mejoras según los resultados obtenidos en el seguimiento. Fomentar la consolidación de la comunicación efectiva como una práctica habitual dentro de las unidades. Evaluar el impacto de las acciones de liderazgo en la productividad y satisfacción del personal en las unidades priorizadas.
- 2028: Consolidar y institucionalizar las estrategias de comunicación efectiva y liderazgo en las unidades priorizadas, asegurando su sostenibilidad a largo plazo. Asegurar que los procedimientos para la gestión ante cambios en puestos de trabajo estén completamente integrados en la operación del hospital. Continuar con la evaluación continua de las competencias de comunicación y liderazgo, ajustando las estrategias según las necesidades emergentes y los resultados obtenidos a lo largo de los años.

INICIATIVAS 2025:

Elaboración de procedimiento de ante cambios de puestos de trabajo.

Supervisar organización de capacitaciones a jefe de CR., Área y Unidades.

Diagnostico asociado a comunicación efectiva y liderazgo en unidades priorizadas.

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de la subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\text{N}^{\circ} \text{ de Informes comprometidos} / \text{N}^{\circ} \text{ de informes realizados} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

C) Objetivo Estratégico N°3

CALIDAD



El Hospital Penco Lirquén busca garantizar una atención de salud segura y de calidad, optimizando sus recursos clínicos. Para ello, mejorará la gestión del cuidado, el seguimiento de auditorías y la actualización de manuales organizacionales.

También se analizarán tiempos de espera en urgencias y solicitudes ciudadanas, fortaleciendo la vinculación con la comunidad. Estas mejoras permitirán una atención más eficiente y centrada en las necesidades de las personas.

3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos



C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Especifico:

3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.



NOMBRE DEL INDICADOR:

"Cumplimiento a los estándares de atención oportuna, segura y digna en los procesos asistenciales del hospital."

RESPONSABLE

DIRECCIÓN
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Este indicador mide la adherencia a los estándares de atención oportuna, segura y digna en los procesos asistenciales del hospital, incluyendo la gestión de eventos adversos y auditorías clínicas y administrativas. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los protocolos, evaluar la efectividad de los procesos y mejorar continuamente la atención, asegurando calidad y seguridad para los pacientes.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este indicador evalúa el cumplimiento de los estándares de atención oportuna, segura y digna en el hospital, incluyendo la gestión de eventos adversos y auditorías clínicas y administrativas. Su propósito es garantizar la calidad, seguridad y respeto en la atención, identificar y corregir fallos en los procesos, y mejorar continuamente la atención para los pacientes.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2025: Se identificarán los indicadores clave para asegurar una atención oportuna, segura y digna, y se establecerá un sistema para responder a los hallazgos de auditorías clínicas y administrativas, tomando las acciones correctivas necesarias. Los resultados y respuestas se reportarán en los comités correspondientes para promover la transparencia y mejora continua.
- 2026: Se implementarán estrategias basadas en los indicadores identificados para mejorar los procesos de atención y alinearlos con los estándares de calidad. Se realizarán auditorías periódicas para evaluar el impacto de las mejoras y se tomarán acciones correctivas según sea necesario, ajustando los protocolos de atención para asegurar su efectividad.

C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Especifico:

3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2027: Se evaluará la efectividad de los indicadores implementados, realizando ajustes según los resultados. Se fortalecerá la gestión de eventos adversos y se incrementará la capacitación del personal en protocolos de atención y auditorías. Además, se realizarán auditorías de seguimiento para verificar la efectividad de las acciones correctivas.
- 2028: En el cuarto año, se consolidará el sistema de seguimiento de los indicadores y se garantizará la sostenibilidad de las auditorías y la gestión de eventos adversos. Se formalizará el proceso de retroalimentación y mejora continua, evaluando el impacto en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

INICIATIVAS 2025:

Definición de indicadores de oportunidad y seguridad.

Presentación en comité ejecutivos indicadores priorizados.

Seguimiento de las auditorías clínicas y administrativas.

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica, administrativa y de las personas.

C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Específico:

3.2 Fortalecer los procesos de mejora continua y calidad.



NOMBRE DEL INDICADOR:

“Implementación y seguimiento de estrategias de mejora continua y calidad en los procesos hospitalarios”.

RESPONSABLE

DIRECCIÓN
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Tiene como propósito fortalecer los procesos de mejora continua y calidad en el hospital mediante la actualización y revisión constante de las solicitudes ciudadanas y de los procesos administrativos. Se busca garantizar que estos mecanismos operen con altos estándares de calidad, asegurando una atención eficiente y segura para los pacientes. Además, se destaca la vinculación con el medio, fomentando una colaboración activa con la comunidad y otros actores del sistema de salud para enriquecer y adaptar las estrategias institucionales a las necesidades del entorno.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Fortalecer los procesos de mejora continua y calidad es esencial para brindar una atención eficiente y segura. La supervisión constante de solicitudes ciudadanas y procesos administrativos permite identificar y corregir áreas de mejora, mientras que la estrecha vinculación con el medio integra las necesidades y perspectivas de la comunidad, impulsando la innovación y la adaptabilidad del hospital.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2025: Se desarrollará un flujo de registro de procedimientos administrativos, estableciendo mecanismos para monitorizar la actualización constante del sistema. Se creará un canal de comunicación entre el comité de gestión y los pacientes, a través de actividades como boletines, encuestas y reuniones, y se elaborarán reportes de solicitudes que serán compartidos con los equipos hospitalarios para identificar oportunidades de mejora.
- 2026: Se implementarán las estrategias definidas en 2025, fortaleciendo la integración del flujo de registro en los procesos administrativos y ajustándolo según los resultados obtenidos. Se potenciará la comunicación con la comunidad de pacientes, ampliando los canales y la frecuencia de retroalimentación, y se comenzará a analizar el impacto de las solicitudes registradas para impulsar acciones correctivas.

C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Especifico:

3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- 2027: Se evaluará la eficacia de las estrategias de mejora continua aplicadas, mediante auditorías internas y el seguimiento de indicadores de calidad en los procesos administrativos y de atención. Se reforzará el canal de comunicación, integrando nuevos instrumentos de feedback, y se promoverá la participación activa de los equipos hospitalarios en la revisión de los reportes de solicitudes para optimizar la toma de decisiones.
- 2028: Se consolidará el sistema de seguimiento y mejora continua, formalizando procesos y protocolos que garanticen la actualización permanente de los procedimientos administrativos. Se institucionalizarán los mecanismos de comunicación con pacientes y equipos internos, asegurando que los reportes de solicitudes y las acciones de mejora sean parte integral de la cultura organizacional, con un impacto sostenible en la calidad y eficiencia de los procesos hospitalarios.

INICIATIVAS 2025:

Elaboracion del flujo de procedimientos administrativos

Actividades de participación y promoción con la comunidad.

Crear un canal de comunicación entre el comité de gestión y los pacientes a traves de actividades como boletines, encuestas y reuniones para fomentar el diálogo.

Elaborar y compartir reportes de solicitudes

Reporte de seguimiento de flujo de procedimientos administrativos.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$(N^{\circ} \text{ de Informes comprometidos} / N^{\circ} \text{ de informes realizados}) * 100$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica y subdirección de las personas.

C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Específico:

3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad



NOMBRE DEL INDICADOR:

"Crear una comisión encargada del análisis de los costos asociados a los problemas de calidad, con el fin de identificar, evaluar y proponer soluciones para la optimización de los recursos y la mejora continua en los procesos."

RESPONSABLE

DIRECCIÓN
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

El objetivo es la creación de una comisión encargada de analizar los costos derivados de los problemas de calidad en los procesos o productos de la organización. Esta comisión se constituirá con el propósito de evaluar y estudiar los impactos financieros de las fallas en la calidad, identificar las causas subyacentes y proponer medidas correctivas y preventivas que permitan optimizar los recursos y minimizar las pérdidas.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este objetivo se realiza con el fin de mejorar la eficiencia económica y optimizar los recursos de la organización. Los problemas de calidad no solo afectan la satisfacción del cliente, sino que también generan costos adicionales, como retrabajos, desperdicios y pérdidas de tiempo. Al crear una comisión especializada en el análisis de estos costos, se busca identificar las áreas problemáticas, cuantificar su impacto financiero y establecer soluciones efectivas para reducir estos gastos. Esto contribuirá a mejorar la competitividad, garantizar la sostenibilidad financiera y fortalecer la cultura de calidad dentro de la organización.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Constituir la comisión de análisis de costos asociados a problemas de calidad, definiendo su estructura organizativa, roles y responsabilidades. Esto incluye seleccionar a los miembros clave y establecer el marco de trabajo inicial.
- **2026:** Desarrollar e implementar un sistema de recopilación y análisis de datos relacionados con los costos derivados de los problemas de calidad en los procesos y productos, con el fin de identificar áreas críticas y cuantificar los costos asociados.

C. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°3

Objetivo Especifico:

3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad



OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2027:** Identificar y proponer al menos tres iniciativas clave para reducir los costos relacionados con los problemas de calidad, a través de la mejora de los procesos. Se enfocará en optimizar recursos, reducir desperdicios y aumentar la eficiencia.
- **2028:** Evaluar el impacto de las iniciativas implementadas, analizando los ahorros de costos obtenidos y proponiendo nuevas estrategias para seguir impulsando la mejora continua en los procesos de calidad.

INICIATIVAS 2025:

Constituir la comisión de análisis de costos asociados a problemas de calidad, definiendo su estructura, roles y responsabilidades.

Desarrollar un sistema de recopilación y análisis de datos sobre los costos derivados de los problemas de calidad en los procesos y productos.

Identificar y proponer al menos tres iniciativas clave para reducir los costos relacionados con los problemas de calidad, a través de mejoras en los procesos.

Evaluar el impacto de las iniciativas implementadas, realizando un análisis de ahorro de costos y proponiendo nuevas estrategias para la mejora continua de la calidad.

FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya todas las iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica y subdirección de las personas.

D) Objetivo Estratégico N°4

FINANZAS



El Hospital Penco Lirquén quiere *aprovechar mejor* sus recursos a través de una gestión eficiente de los procesos clínicos y administrativos. Fomentará el uso de tecnologías para mejorar el flujo de información y asegurará una adecuada administración hospitalaria. Además, se implementará el proceso de diálisis para pacientes hospitalizados y se trasladará la unidad de tratamiento intensivo. Estas mejoras permitirán optimizar los recursos y responder mejor a las necesidades de la comunidad.

4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles



D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Especifico:

4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios

NOMBRE DEL INDICADOR:

Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Implementar soluciones tecnológicas para optimizar el flujo de información en los procesos administrativos y mejorar la gestión de recursos. Supervisar la integración de la prestación de diálisis en hospitalización, evaluando su impacto en la eficiencia operativa, la planificación de insumos y la reducción de desperdicios. Analizar y ajustar las estrategias de contención de gastos, para garantizar un uso óptimo del presupuesto y una gestión eficiente de los recursos hospitalarios.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

La integración de tecnología optimizará la gestión hospitalaria al mejorar el flujo de información y agilizar la toma de decisiones. La supervisión de la prestación de diálisis en hospitalización permitirá una planificación eficiente de insumos, mientras que el análisis de estrategias de contención de gastos garantizará un uso sostenible del presupuesto sin afectar la calidad de atención.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Elaborar un informe de seguimiento y avance de los procesos transversales priorizados, identificando oportunidades de mejora en la gestión de recursos administrativos y asistenciales. Además, las estrategias de contención de gastos, incluyendo acciones para minimizar desperdicios, se presentan en el Comité Ejecutivo del hospital para su evaluación y ajuste según las necesidades institucionales.
- **2026:** Implementar soluciones tecnológicas para optimizar el flujo de información en los procesos administrativos, asegurando su integración con los sistemas existentes través de una gestión más eficiente. Se supervisa la implementación de la prestación de diálisis en hospitalización, evaluando su impacto en la eficiencia operativa, la planificación de insumos y la reducción de desperdicios. También se aplican estrategias de contención de gastos, ajustándolas según los resultados del primer año, considerando medidas específicas para minimizar las pérdidas de insumos hospitalarios.



RESPONSABLE

SUBDIRECCIÓN
ADMINISTRATIVA HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN

D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Especifico:

4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2027:** Fortalecer el uso de las herramientas tecnológicas implementadas, asegurando su operatividad y eficiencia en la gestión de recursos, con énfasis en la optimización del uso de insumos. Se analizan los indicadores de la prestación de diálisis en hospitalización, aplicando mejoras en función de los datos recolectados y ajustando la planificación de insumos para evitar desperdicios. Además, se optimizan los mecanismos de control presupuestario, con un monitoreo más preciso de los costos hospitalarios y la gestión eficiente de los recursos materiales.
- **2028:** Consolidar la integración de soluciones tecnológicas en los procesos administrativos, garantizando su sostenibilidad y actualización continua. Se establecen protocolos definitivos para la gestión de la diálisis en hospitalización, asegurando su operatividad a largo plazo y optimizando el uso de los insumos asociados. Asimismo, se implementa un sistema de monitoreo continuo para la contención de gastos, permitiendo ajustes oportunos que optimizan el uso del presupuesto hospitalario, minimizando desperdicios y promoviendo el uso eficiente de los recursos.

INICIATIVAS 2025:

Elaborar informe de seguimiento y avance de los procesos transversales priorizados

Presentación en comité ejecutivos de los avances y análisis

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica y subdirección de las personas.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya al menos las dos iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Específico:

4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos



NOMBRE DEL INDICADOR:

“Optimizar recursos mediante la gestión eficiente de cirugías (paquetización), tiempos laborales (horas extras, programación), ausentismo (licencias médicas) y el sistema SIGCOM.”

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Optimizar el uso de los recursos mediante la paquetización de cirugías, la planificación de horas extras y la monitorización de licencias médicas rechazadas y reducidas. Además, fortalecer el uso de SIGCOM y mejorar la programación de actividades asistenciales para una gestión más eficiente.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este indicador mide el grado de mejora en la eficiencia de los procesos críticos relacionados con el uso de los recursos, considerando la implementación de un sistema de paquetización de cirugías, la planificación del trabajo en horas extras y la monitorización de licencias médicas rechazadas y reducidas. Además, evalúa el impacto del fortalecimiento de herramientas tecnológicas como SIGCOM y la optimización de la programación de actividades asistenciales. Se analizará la reducción de costos, tiempos de ejecución y la mejora en la distribución equitativa de los recursos hospitalarios.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Realizar un análisis detallado de la situación actual en: cirugías susceptibles de paquetización, uso y causa de horas extras, y eficiencia de la programación asistencial. Iniciar la monitorización sistemática de licencias médicas rechazadas/reducidas. Evaluar el uso actual de SIGCOM e identificar oportunidades clave para fortalecerlo a través de un plan de trabajo. Diseñar el modelo inicial de paquetización para cirugías piloto y el plan de mejora para la programación asistencial.
- **2026:** Implementar proceso de paquetización de cirugías seleccionadas. Establecer y consolidar un procedimiento formal para la planificación, autorización y control de horas extras. Utilizar los datos iniciales de licencias médicas para identificar patrones. Ejecutar las primeras acciones para fortalecer el uso de SIGCOM según el plan definido (ej. capacitación, configuración) y aplicar las mejoras iniciales diseñadas para la programación de actividades asistenciales.

RESPONSABLE

SUBDIRECCIÓN
ADMINISTRATIVA HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN

D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Específico:

4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2027:** Ampliar el programa de paquetización de cirugías a un mayor número de procedimientos, basándose en los resultados del año anterior. Refinar el proceso de gestión de horas extras buscando una optimización medible y utilizar activamente la información de licencias médicas para la gestión de personal. Asegurar la adopción y uso efectivo de las funcionalidades fortalecidas de SIGCOM. Evaluar y ajustar el modelo de programación asistencial (SAFU) para maximizar la eficiencia.
- **2028:** Integrar completamente las prácticas optimizadas en la operativa diaria: un porcentaje significativo de cirugías realizadas bajo modalidad de paquete, horas extras controladas dentro de límites planificados, y programación asistencial funcionando eficientemente (SAFU). Asegurar que SIGCOM sea la herramienta estándar y robusta para la gestión de recursos relacionada y que la monitorización de licencias médicas sea una práctica continua para la toma de decisiones informada.

INICIATIVAS 2025:

Mejorar la programación de actividades asistenciales para garantizar una mejor cobertura y utilización de recursos humanos y materiales (SAFU)

Establecer un sistema que permita analizar las licencias médicas rechazadas, identificando patrones y causas.

Integrar SIGCOM con otros sistemas para facilitar la planificación y optimización de los procesos internos. Elaboración del plan de trabajo.

Desarrollar e implementar un modelo de paquetización de cirugías para mejorar la planificación quirúrgica y optimizar el uso de recursos hospitalarios.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya al menos las dos iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

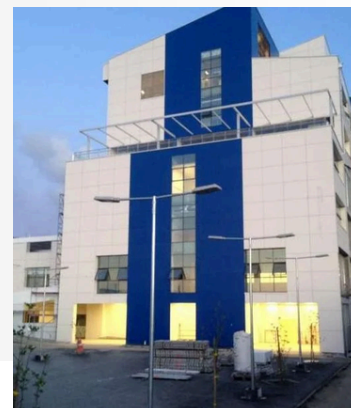
OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica, administrativa y subdirección de las personas.

D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Específico:

4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros



NOMBRE DEL INDICADOR:

Controlar eficientemente los recursos financieros optimizando el presupuesto, reduciendo gastos y mejorando la planificación mediante el seguimiento del inventario físico, el comité de eficiencia y el análisis del Anexo 1.

RESPONSABLE

SUBDIRECCIÓN
ADMINISTRATIVA HOSPITAL
PENCO LIRQUÉN

DESCRIPCION DEL INDICADOR:

Garantizar un control eficiente de los recursos financieros mediante la optimización del presupuesto, la reducción de gastos innecesarios y la mejora en la planificación y ejecución financiera. Esto incluirá la implementación y seguimiento del inventario físico, la creación y gestión del Comité de Eficiencia Presupuestaria de Procesos Clínicos, y el análisis del Anexo 1 para una mejor toma de decisiones en la gestión de los recursos.

RAZONAMIENTO DEL INDICADOR

Este indicador busca asegurar un control eficiente de los recursos financieros, optimizando el uso de los presupuestos y reduciendo costos innecesarios. Se enfoca en la correcta gestión del inventario físico, la creación del Comité de Eficiencia Presupuestaria de Procesos Clínicos para mejorar la asignación de recursos, y el análisis del Anexo 1 para ajustar la planificación financiera y tomar decisiones informadas, garantizando el uso adecuado de los fondos disponibles.

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2025:** Implementar y poner en marcha el sistema de seguimiento del inventario físico valorizado. Constituir formalmente y definir el plan de trabajo inicial del Comité de Eficiencia Presupuestaria de Procesos Clínicos. Realizar un diagnóstico inicial del presupuesto, identificando los principales focos de gasto y analizando preliminarmente el Anexo 1 para comprender su estructura y datos clave.
- **2026:** Realizar un análisis exhaustivo del Anexo 1 para identificar patrones de gasto y oportunidades de mejora. Basado en el trabajo del Comité y el análisis, proponer e implementar las primeras medidas concretas para optimizar el presupuesto y reducir al menos un porcentaje a definir de gastos identificados como innecesarios o ineficientes. Mejorar la metodología de planificación financiera inicial.

D. FICHA TÉCNICA OBJETIVO ESTRATÉGICO N°4

Objetivo Especifico:

4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros

OBJETIVOS DEL INDICADOR:

- **2027:** Implementar un segundo conjunto de medidas de optimización y reducción de gastos, basadas en las recomendaciones del Comité y el análisis continuo. Refinar significativamente los procesos de planificación y ejecución financiera, incorporando las lecciones aprendidas y asegurando un seguimiento más riguroso del presupuesto ejecutado versus el planificado. Evaluar la efectividad del control de inventario implementado.
- **2028:** Consolidar las prácticas de control financiero eficiente en la operativa diaria. Asegurar que el Comité de Eficiencia Presupuestaria funcione de manera autónoma y genere recomendaciones proactivas continuas. Demostrar una mejora sostenida en la ejecución presupuestaria y una optimización continua de los recursos, utilizando el análisis del Anexo 1 y el control de inventario como herramientas clave para la toma de decisiones financieras estratégicas.

INICIATIVAS 2025:

Operación del Comité de Eficiencia Presupuestaria: Poner en marcha y asegurar el funcionamiento efectivo del comité para optimizar el presupuesto.

Gestión de Inventario Físico Valorizado: Implementar y mantener actualizado el sistema de control de inventarios.

Optimizar los ciclos de planificación y ejecución del presupuesto.

Utilizar el análisis de datos (Anexo 1) y recomendaciones del comité para identificar y reducir gastos innecesarios.



FUENTE DE DATOS:

Informe anual de las estrategias comprometidas que incluya al menos las dos iniciativas propuestas para el año en curso

FORMULA:

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de informes realizados}} \right) * 100$$

FRECUENCIA DE MEDICIÓN:

Semestral

OBSERVACIÓN

Las iniciativas están incorporadas en el plan de gestión de subdirección de gestión clínica, administrativa y subdirección de las personas.

5.2.2. Mapa Estratégico



Mapa Estratégico



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025 - 2028

OBJETIVOS ESPECIFICOS



GESTIÓN HOSPITALARIA	AMBIENTES LABORALES	CALIDAD	RECURSOS FINANCIEROS
GESTIONAR LA DEMANDA ASISTENCIAL FACILITANDO EL ACCESO Y LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN	MEJORAR LAS CAPACIDADES DE LIDERAZGO EN PRO DE LA GESTIÓN Y EFICACIA DEL PERSONAL	PROPORCIONAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DIGNA.	OPTIMIZAR LOS PROCESOS CRÍTICOS QUE IMPACTEN EL BUEN USO DE LOS RECURSOS
FORTALECER Y OPTIMIZAR LOS MODELOS Y PROCESOS CLAVES DE GESTIÓN CLÍNICA	DESARROLLAR UN SISTEMA INTEGRAL DE ANÁLISIS DEL AUSENTISMO LABORAL, PROMOVRIENDO UN CAMBIO CULTURAL Y COMPARTIENDO INFORMACIÓN CLAVE CON TODA LA COMUNIDAD HOSPITALARIA	FORTALECER PROCESOS DE MEJORA CONTINUA Y DE CALIDAD	OPTIMIZAR EL USO DE LOS RECURSOS PARA MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSOLIDAR LA INSTITUCIÓN COMO REFERENTE DE FORMACIÓN DE ALUMNOS DE POSTGRADO	PROMOVER UN CLIMA LABORAL INCLUSIVO Y RESPETUOSO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES ENFOCADAS EN LA CONCILIACIÓN TRABAJO Y FAMILIA, ASÍ COMO EN LA PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL VALS (VIOLENCIA, ACOSO LABORAL Y SEXUAL)	DISMINUIR LOS COSTOS GENERADOS POR PROBLEMAS DE CALIDAD	CONTROLAR DE MANERA EFICIENTE LOS RECURSOS FINANCIEROS



Auditoría Interna

Sistema de Planificación y Control de Gestión

6. ANEXOS

Anexo 1. Material de apoyo primera jornada de Trabajo







INVITACIÓN

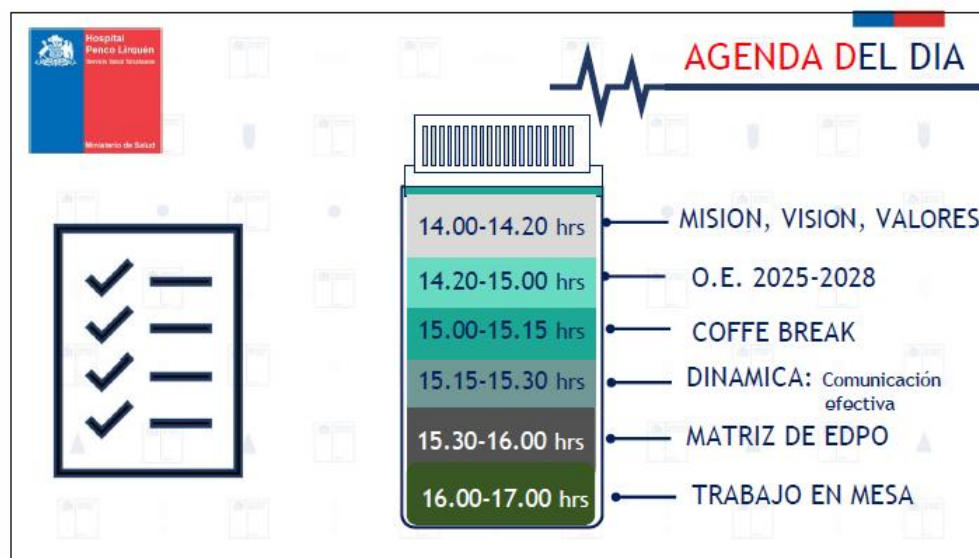
Colaborar en la formulación del Plan Institucional del Hospital Penco Lirquén para el período 2025-2028.

Este plan guiará nuestras acciones en temas estratégicos, alineado con las prioridades del Servicio de Salud Talcahuano y lineamientos locales.

Vuestro aporte es esencial para construir un futuro sólido y adaptado a nuestra comunidad.



Anexo 2. Material de apoyo segunda jornada de trabajo





ELEMENTOS DIRECCIONALES



MISION
VISION
VALORES



1° JORNADA P.E.

MISION:

“Somos un hospital de mediana complejidad asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud integral, humanizada, oportuna, segura y de calidad. Fomentamos el trabajo en equipo disponiendo de un nivel de competencias y recursos adecuados, que garantizan el bienestar de nuestros usuarios y usuarias”



1° JORNADA P.E.

VISION:

“Ser un hospital de excelencia y reconocido por su atención oportuna, resolutive e inclusiva. Aspiramos a liderar de forma participativa la gestión de recursos y procesos centrados en la innovación, vanguardia y calidad contribuyendo así al bienestar integral de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial”



1° JORNADA P.E.

VALORES:

- Trabajo en equipo
- Compromiso
- Vocación de servicio
- Respeto
- Inclusión



Anexo 3. Material de apoyo segunda jornada de trabajo: Objetivos Estratégicos 2025-2028



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 1
Equipo Gestión Hospitalaria 1

OE 01: Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria

Objetivo Especifico:

- Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica.

Líneas de trabajo:

- Consolidar CR Quirúrgico (bodega, RRHH y protocolos)
- Mejorar proceso de Cirugía Menor
- Creación CR Psiquiatría

Descripción del tema:

Tiene como propósito desarrollar los procesos necesarios para que los usuarios y usuarias accedan a una atención de salud efectiva y eficaz que tienda a mejorar su situación de salud de manera oportuna e integral con un trato humanizado.



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 2
Equipo Gestión Hospitalaria 2

OE 01: Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria

Objetivo Especifico:

- Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de pregrado y post.

Líneas de trabajo:

- Formación de profesionales

Descripción del tema:

Tiene como propósito desarrollar los procesos necesarios para que los usuarios y usuarias accedan a una atención de salud efectiva y eficaz que tienda a mejorar su situación de salud de manera oportuna e integral con un trato humanizado.



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 1 y 2
Equipo Gestión Hospitalaria

OE 01: Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria

Objetivo Especifico:

- Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención.

Líneas de trabajo:

- Lista de espera (QX y Ambulatoria)
- Tiempo de espera en Urgencias
- GES

Descripción del tema:

Tiene como propósito desarrollar los procesos necesarios para que los usuarios y usuarias accedan a una atención de salud efectiva y eficaz que tienda a mejorar su situación de salud de manera oportuna e integral con un trato humanizado.



Hospital Penco Lirquén
Ministerio de Salud

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 3
Equipo Ambientes Laborales 1

OE 02: Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral

Objetivo Especifico:

- Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria.

Líneas de trabajo:

- Ausentismo programado y No programado (estadística)

Descripción del tema:

La Gestión de Ambientes Laborales busca generar procedimientos que propicien un ambiente laboral que reúna las condiciones necesarias para mantener espacios de colaboración, caracterizados por el equilibrio y armonía en las interacciones y que aborde eficazmente las tensiones.





Hospital Penco Lirquén
Ministerio de Salud

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 4
Equipo Ambientes Laborales 2

OE 02: Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral

Objetivo Especifico:

- Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).

Líneas de trabajo:

- Clima Laboral
- Protección VALS

Descripción del tema:

La Gestión de Ambientes Laborales busca generar procedimientos que propicien un ambiente laboral que reúna las condiciones necesarias para mantener espacios de colaboración, caracterizados por el equilibrio y armonía en las interacciones y que aborde eficazmente las tensiones.





**PLANIFICACIÓN
ESTRATEGICA 2025 - 2028**

Grupo 3 y 4
**Equipo Ambientes
Laborales**

OE 02: Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral

Objetivo Especifico:

- Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal.

Líneas de trabajo:

- Capacitaciones relacionadas a ambientes laborales
- Mejorar las capacidades de gestión y eficacia del personal

Descripción del tema:

La Gestión de Ambientes Laborales busca generar procedimientos que propicien un ambiente laboral que reúna las condiciones necesarias para mantener espacios de colaboración, caracterizados por el equilibrio y armonía en las interacciones y que aborde eficazmente las tensiones.



**PLANIFICACIÓN
ESTRATEGICA 2025 - 2028**

Grupo 5
Equipo Calidad 1

OE 03: Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos

Descripción del tema:

La seguridad del paciente implica desarrollar actividades, procesos y procedimientos que, apoyados por tecnología avanzada y conocimientos actualizados, permiten brindar atención médica reduciendo riesgos, errores y daños. Esto contribuye a ofrecer una atención digna y de calidad.

Objetivo Especifico:

- Proporcionar atención oportuna, segura y digna.

Líneas de trabajo:

- Gestión del Reclamo
- Gestión del cuidado



Hospital Penco Lirquén
Ministerio de Salud

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 6
Equipo Calidad 2

OE 03: Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos

Descripción del tema:
La seguridad del paciente implica desarrollar actividades, procesos y procedimientos que, apoyados por tecnología avanzada y conocimientos actualizados, permiten brindar atención médica reduciendo riesgos, errores y daños. Esto contribuye a ofrecer una atención digna y de calidad.

Objetivo Especifico:

- Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad.

Líneas de trabajo:

- Eventos adversos
- Auditorías clínicas y administrativas
- Pautas de actividades mínimas de subrogacia



Hospital Penco Lirquén
Ministerio de Salud

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 5 y 6
Equipo Calidad

OE 03: Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos

Descripción del tema:
La seguridad del paciente implica desarrollar actividades, procesos y procedimientos que, apoyados por tecnología avanzada y conocimientos actualizados, permiten brindar atención médica reduciendo riesgos, errores y daños. Esto contribuye a ofrecer una atención digna y de calidad.

Objetivo Especifico:

- Disminuir los costos generados por problemas de calidad.

Líneas de trabajo:

- Excesos de estancias



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 7
Equipo Financiero 1

OE 04: Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles efectivos

Descripción del tema:
El Hospital se financia por medio del Minsal a través de la gestión realizada por el Servicio Salud Talcahuano y convenios con instituciones locales. También se gestiona eficientemente los procesos clínicos y administrativos para optimizar los recursos, siguiendo siempre los lineamientos del Ministerio de Salud.

Objetivo Específico:
• Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios.

Líneas de trabajo:
• Coherencia Programación/Agenda
• Comité de programación
• Uso de Box





PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 8
Equipo Financiero 2

OE 04: Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles efectivos

Descripción del tema:
El Hospital se financia por medio del Minsal a través de la gestión realizada por el Servicio Salud Talcahuano y convenios con instituciones locales. También se gestiona eficientemente los procesos clínicos y administrativos para optimizar los recursos, siguiendo siempre los lineamientos del Ministerio de Salud.

Objetivo Específico:
• Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos.

Líneas de trabajo:
• Control financiero unidades clínicas
• Activo Fijo





PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

Grupo 7 y 8
Equipo Financiero

OE 04: Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles efectivos

Descripción del tema:

El Hospital se financia por medio del Minsal a través de la gestión realizada por el Servicio Salud Talcahuano y convenios con instituciones locales. También se gestiona eficientemente los procesos clínicos y administrativos para optimizar los recursos, siguiendo siempre los lineamientos del Ministerio de Salud.

Objetivo Especifico:

- Controlar de manera eficiente los recursos financieros.

Líneas de trabajo:

- Control financiero general
- Toma de decisiones en base a Análisis Producción/Gasto
- Contención del gasto



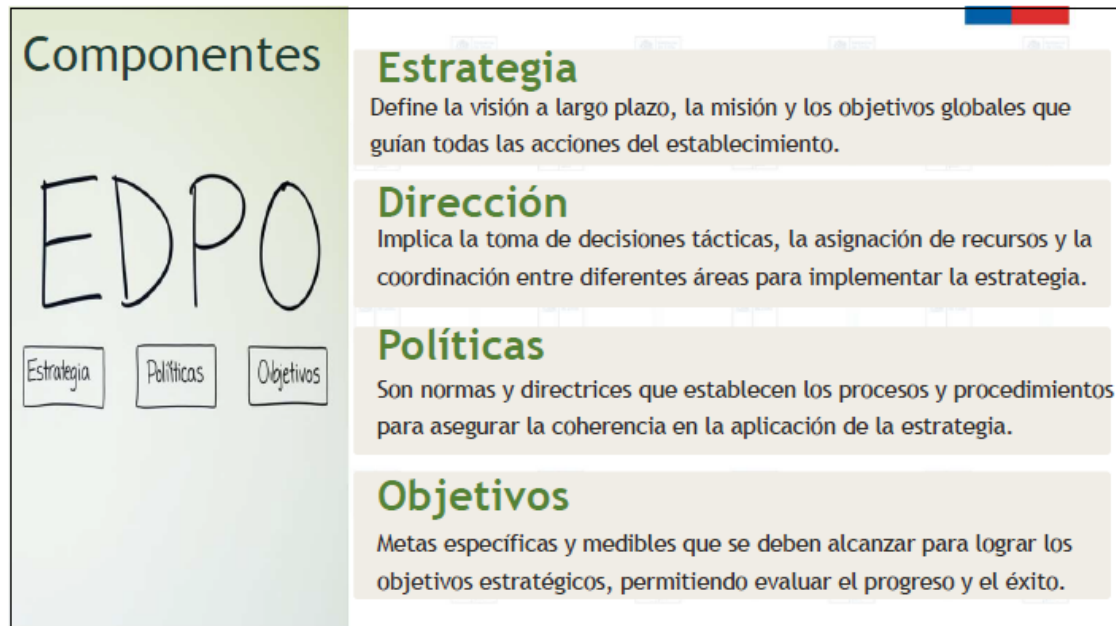
PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025 - 2028

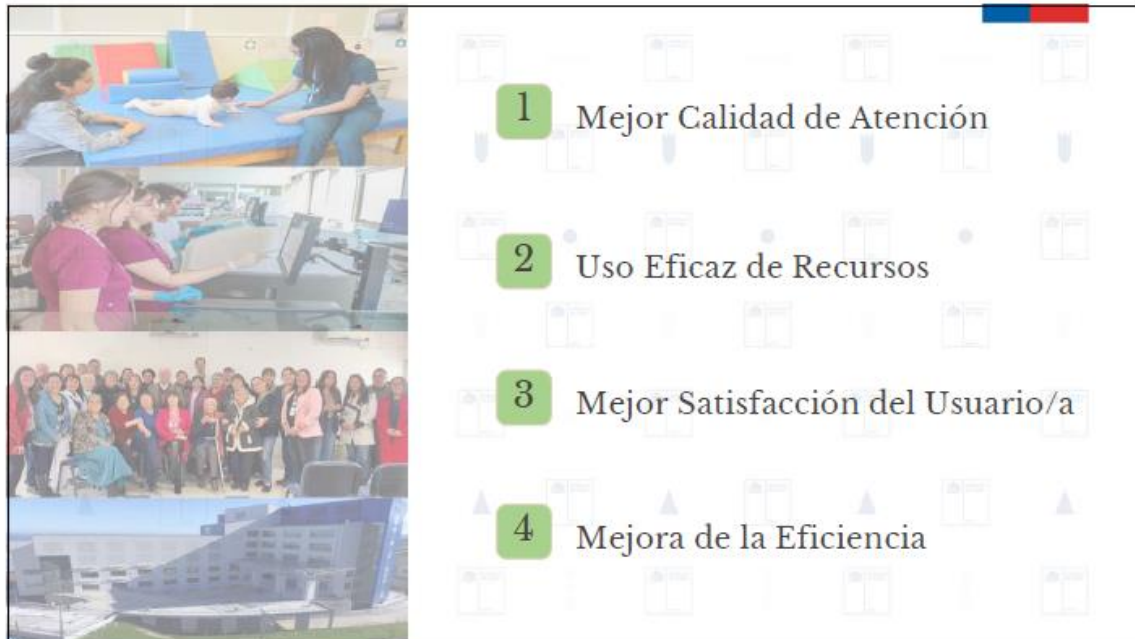
Anexo 4. Material de apoyo segunda jornada de trabajo: Matriz EDPO

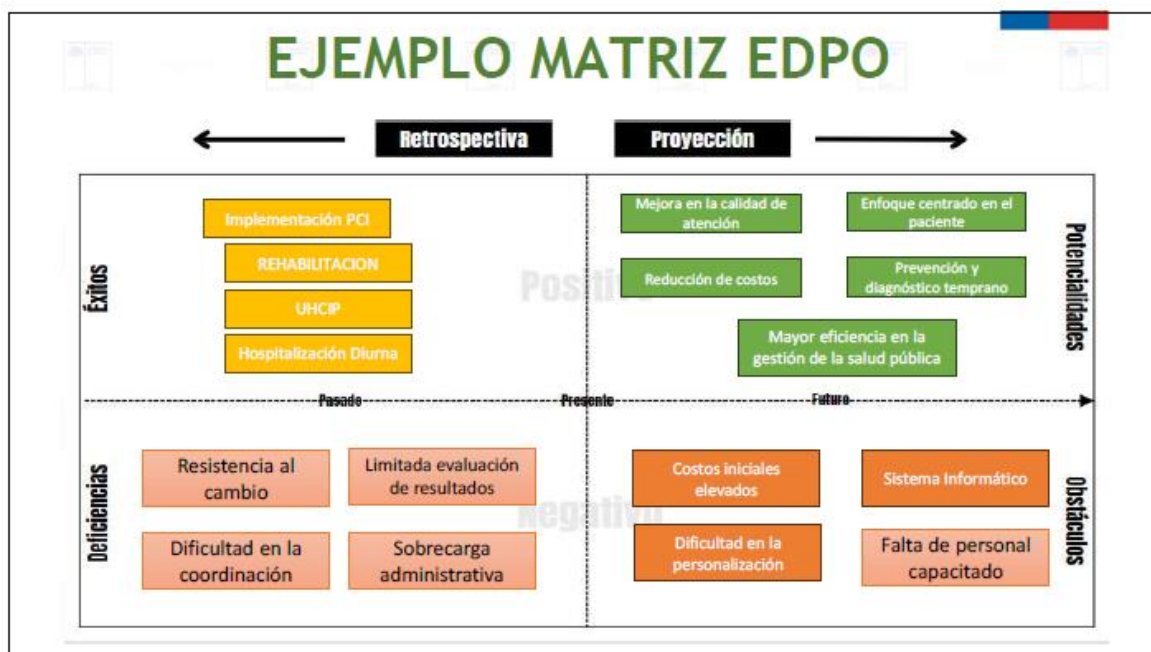
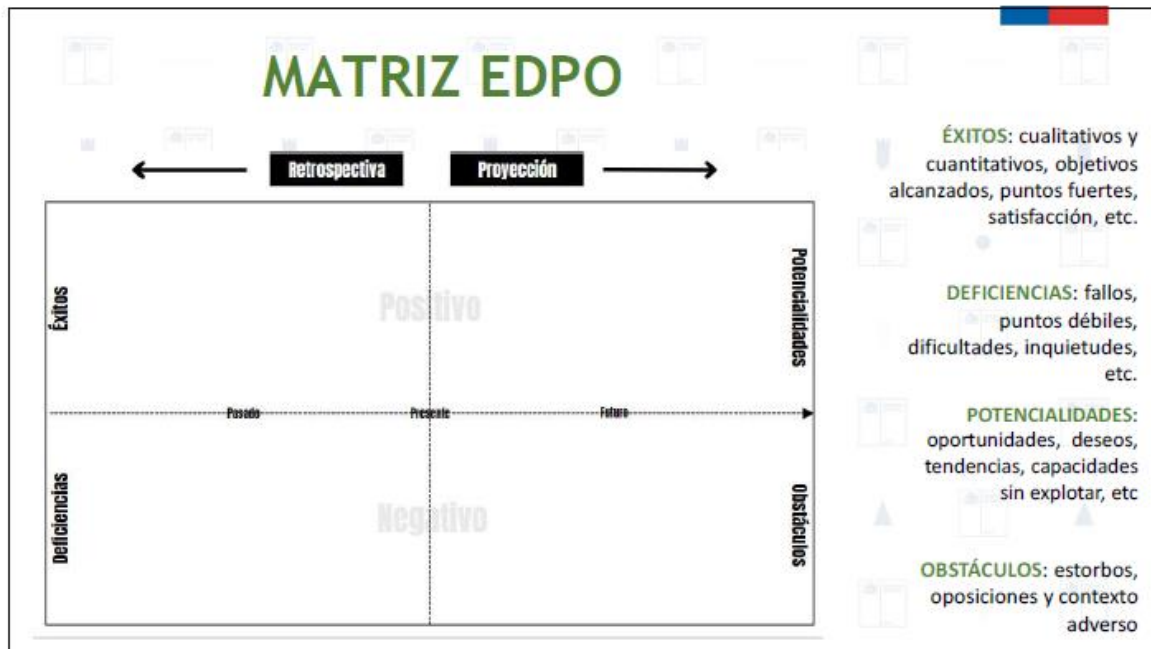


Matriz **EDPO**: Una Herramienta Esencial para la Planificación Estratégica

Es fundamental en cualquier organización, especialmente en entornos complejos como el hospitalario. Permite organizar y articular los elementos claves, establecer objetivos medibles, asegurando que las acciones se alineen con los objetivos y recursos disponibles.







Anexo 5. Material de apoyo tercera jornada de trabajo



GESTION HOSPITALARIA

C.R. PSIQUIATRIA

- Aborda al usuario en las diferentes fases de su condición de salud
- Disminución de morbimortalidad
- Mejora satisfacción usuaria

CIRUGIA MENOR

- Generar polo de desarrollo
- Disminuir lista de espera
- Optimizar el procedimiento

CR. QUIRURGICO

- Optimizar el recurso financiero mediante Paquetización de CX.



GESTION HOSPITALARIA

FORMACION DE PROFESIONALES:

- **Médicos**
- **No Médico**

- Formalización de beneficio de tutoría clínica de manera directa a cada área, unidad o CR.
- Incorporación formativa de Postgrado (Quirúrgica, Odontología, Médico Familiar y psiquiatría).
- Formación de profesionales No médicos (Salud Mental, TM Oftalmología, TM Otorrino, curación avanzada y Alivio del dolor).



AMBIENTES LABORALES

RECONOCIMIENTO FUNCIONARIOS

- Reconocimientos más significativos y simbólico por años realizados.
- Contar con un equipo gestor en reconocimiento

SALUD FUNCIONARIA

- Intervención multidisciplinaria que aborde problemas de salud de larga data.
- Exámenes preventivos obligatorios 1 vez al año y seguimiento de problemas de salud detectados en exámenes preventivos

AUSENTISMO

- Abordaje de Licencias cortas y repetidas
- Manejo de información de ausentismo (Cr y unidades)
- Funcionarios informados en las políticas institucionales relacionadas al ausentismo



AMBIENTES LABORALES

JARDIN INFANTIL

- Existencia Sala Cuna y Club Escolar.
- Teletrabajo/conciliación vida laboral y familiar

GÉNERO, CONCILIACION, INCLUSION

- Abordaje a la equidad de género.
- Política institucional de inclusión



CALIDAD

GESTION DE RECLAMOS

- Potenciar comité gestión usuaria
- Difusión de cantidad y tipo de solicitudes con comunidad hospitalaria

GESTION DE AUDITORIAS

- Abordaje como institución de los hallazgos de auditorías clínicas y administrativas
- Revisar los incumplimientos de auditoría y responsabilidad de jefaturas



CALIDAD

EVENTOS ADVERSOS/SEGURIDAD

- Incorporación en comité de eficiencia.
- Reducción de ocurrencia de eventos adversos
- Capacitación continua

PAUTAS MINIMAS SUBROGANCIAS

- Revisión de funciones y responsabilidades de las subrogancias
- Continuidad de la atención y procesos administrativos

CASOS SOCIALES

- Abordaje temprano
- Recurso humano calificado
- Reducción de costos generados por estancias prolongadas de hospitalización



FINANZAS

PROGRAMACION

- Potenciar comité de programación. (calendarización; reuniones, programación).
- Coherencia de agenda (respetar agendas profesionales; evitar redistribución de funciones

USO DE BOX

- NO SE TRABAJO



FINANZAS

ANÁLISIS FINANCIERO

- Compromiso de jefaturas y responsabilidad en el buen uso de recursos.
- Financiamiento GRD y su análisis financiero

ACTIVO FIJO

- Control de activo fijo con sistema de inventario
- Relevar la importancia del activo fijo en la institución

TRABAJO EN MESAS

Gestión Hospitalaria

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

OBJETIVO ESTRATÉGICO

"Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria"

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica.

DESAFÍOS:

¿Cómo podemos crear un enfoque integral en la atención prehospitalaria que mejore la satisfacción del usuario, reduciendo la mortalidad, morbilidad y mejorando el hospital como un centro formador en salud mental?

¿Qué acciones debemos implementar para establecer un polo de desarrollo en cirugía menor que optimice sus procedimientos?

¿Cómo podemos optimizar el uso de recursos financieros en el área quirúrgica a través de la preparación de cirujías, reduciendo costos sin comprometer la calidad de la atención?

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de pregrado y post grado

¿Cómo fortalecer y optimizar la formación de profesionales médicos y odontólogos en el hospital a través de la implementación de programas extracurriculares de talleres clínicos y postgrado?

¿Qué estrategias se pueden implementar para asegurar una capacitación continua y de calidad para el personal médico involucrado en programas extracurriculares de talleres clínicos y postgrado?

Gestión Hospitalaria

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

OBJETIVO ESTRATÉGICO

"Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria"

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica.

DESAFÍOS:

¿Cómo podemos crear un enfoque integral en la atención prehospitalaria que mejore la satisfacción del usuario, reduciendo la mortalidad, morbilidad y mejorando el hospital como un centro formador en salud mental?

IDEAS PARA ABORDAR

LÍNEA DEL TIEMPO

Anexo 6. Formato desafíos según líneas de trabajo

AMBIENTES LABORALES (1)

DESAFIO

¿Cómo lograremos asegurar la aprobación, construcción y puesta en marcha de un jardín infantil, cumpliendo con todas las normativas legales y estándares de calidad, mientras garantizamos el cumplimiento de los plazos establecidos?

IDEAS A ABORDAR:

-
-
-

LÍNEA DEL TIEMPO:

2025



2026



2027



2028



Anexo 7. Metodología participativa para la definición de Orientaciones Estratégicas 2025-2028: Encuesta dirigida.



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028



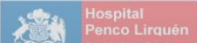
ENCUESTA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

Estamos en un proceso clave de actualización de nuestra planificación estratégica, en el cual revisaremos nuestra misión, visión y valores. Para garantizar que estas estrategias reflejen de manera precisa nuestras necesidades y expectativas, necesitamos contar con la valiosa participación de todos ustedes.

CONSTRUCCIÓN PLANIFICACIOÓN ESTRATÉGICA

Conocer la percepción y el nivel de identificación de los funcionarios del Hospital Penco Lirquén con la misión, visión y valores institucionales, con el propósito de recoger aportes que orienten su actualización y reflejen de mejor forma el quehacer y compromiso de nuestra institución.



ENCUESTA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

* Obligatorio

Les invitamos cordialmente a completar la siguiente encuesta. Sus opiniones y aportaciones son fundamentales para construir un futuro sólido y alineado con los intereses de toda la organización.

De los siguientes opciones, ¿Cuál cree usted que son los valores que representan mejor al Hospital Penco Lirquén? *

Seleccione como máximo 3 opciones.

- ☒ Probidad
- ☐ Respeto
- ☒ Inclusión
- ☐ Trabajo en Equipo
- ☐ Lealtad
- ☐ Equidad

ENCUESTA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

* Obligatorio

¿Qué tan de acuerdo está usted con las siguientes afirmaciones respecto a la situación actual del establecimiento?

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención de salud cordial centrada en las personas. *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención oportuna. *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención integral. *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención segura y de calidad. *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

¿Qué otra característica cree usted que tiene actualmente el Hospital Penco Lirquén?

Escriba su respuesta

Atrás

Siguiente

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

ENCUESTA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

* Obligatorio

Imagine que nos encontramos en el año 2029

¿Qué tanto le gustaría a usted que las siguientes afirmaciones fueran verdad?

El Hospital Penco Lirquén es un establecimiento de excelencia destacado por su atención oportuna y resolutive *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

El Hospital Penco Lirquén es reconocido por la efectividad y vanguardia en la gestión de sus recursos y procesos *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

El Hospital Penco Lirquén es reconocido por tener un enfoque en el usuario y una activa participación de la comunidad. *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy en desacuerdo

Muy de acuerdo

¿Qué otra característica le gustaría a usted que tuviera el Hospital Penco Lirquén en el futuro ?

Escriba su respuesta

Anexo 8. Presentación resultados elección de orientaciones estratégicas 2025-2028

PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028

Hospital Penco Lirquén



REVISION MISION, VISION Y VALORES

Con el objetivo de evaluar y fortalecer la misión, visión y valores del hospital, se llevó a cabo un proceso de consulta a través de una encuesta exhaustiva dirigida a los miembros de nuestra comunidad hospitalaria, incluyendo personal médico, administrativo, profesional y técnico.



La encuesta constaba de 10 preguntas, cuidadosamente diseñadas para evaluar los conceptos clave que fundamentan nuestra misión, visión y valores institucionales. Estas preguntas permitieron captar percepciones sobre la claridad, relevancia y aplicabilidad de nuestras declaraciones actuales en la práctica diaria.



REVISION MISION, VISION Y VALORES

Además, para fomentar la participación activa y recoger ideas innovadoras, la encuesta incluyó 2 preguntas abiertas. Estas preguntas brindaron a los encuestados la oportunidad de proponer nuevos enfoques, sugerencias y aportes que consideren relevantes para la actualización y mejora de nuestra misión, visión y valores en el contexto de la planificación estratégica para el periodo 2025-2028.

6. ¿Qué otra característica cree usted que tiene actualmente el Hospital Penco Lirquén?

Escriba su respuesta



REVISION MISION, VISION Y VALORES

Esta consulta representa un esfuerzo por asegurar que nuestras directrices estratégicas reflejen no solo nuestras aspiraciones como institución, sino también las expectativas y necesidades de quienes forman parte de nuestra comunidad.

¿Qué tan de acuerdo está usted con las siguientes afirmaciones respecto a la situación actual del establecimiento?

2. El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención de salud cordial centrada en las personas. *



3. El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención oportuna. *



Total de encuestas aplicadas: 277



VALORES

¿QUE ES UN VALOR?

Un valor institucional es un principio o creencia fundamental que guía la cultura, decisiones y comportamiento de una organización.

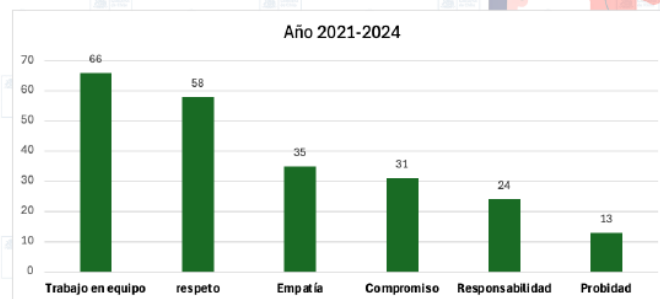
Estos valores reflejan los ideales y la ética que la institución considera esenciales para cumplir su misión y visión.

Los valores institucionales sirven como base para las políticas, prácticas y la forma en que se interactúa tanto internamente entre empleados como externamente con clientes, usuarios o la comunidad.

VALORES

VALORES PLANIFICACIÓN 2021 - 2024

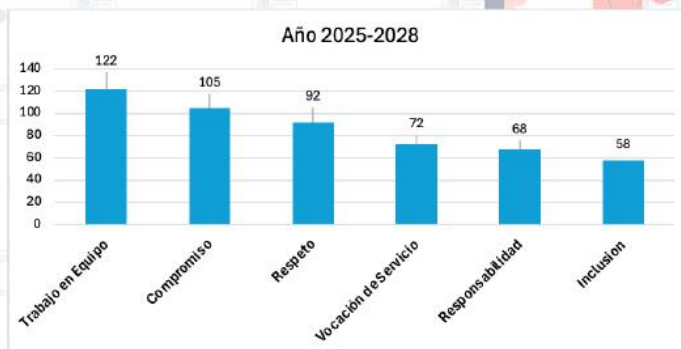
TRABAJO EN EQUIPO
RESPETO
EMPATIA
COMPROMISO
RESPONSABILIDAD
PROBIDAD



VALORES

VALORES PLANIFICACIÓN 2025 - 2028

TRABAJO EN EQUIPO
COMPROMISO
RESPECTO
VOCACION DE SERVICIO
RESPONSABILIDAD
INCLUSION



VALORES

2021 - 2024

TRABAJO EN EQUIPO
RESPECTO
EMPATIA
COMPROMISO
RESPONSABILIDAD
PROBIDAD

2025 - 2028

TRABAJO EN EQUIPO
COMPROMISO
RESPECTO
VOCACION DE SERVICIO
RESPONSABILIDAD
INCLUSION

PRIORIZACION VALORES

2025 - 2028

TRABAJO EN EQUIPO

COMPROMISO

RESPETO

VOCACION DE SERVICIO

RESPONSABILIDAD

INCLUSION



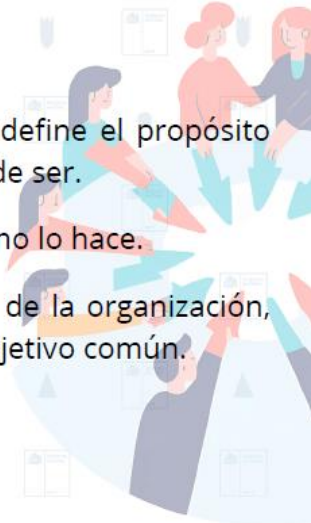
MISION

¿QUE ES UNA MISION?

Una misión es una declaración clara y concisa que define el propósito fundamental de una organización, es decir, su razón de ser.

Describe qué hace la organización, a quién sirve y cómo lo hace.

La misión orienta todas las actividades y decisiones de la organización, alineando los esfuerzos de sus miembros hacia un objetivo común.



MISSION

- Somos un hospital de mediana complejidad, asistencial docente, perteneciente a la red del servicio de salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de **salud cordial**, **centrada en las personas**, de forma **oportuna**, **integral**, **segura** y de **calidad**, disponiendo para ello de un nivel de competencias y **recursos adecuados**.

MISSION

- Somos un hospital de mediana complejidad, asistencial docente, perteneciente a la red del servicio de salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de **salud cordial**, **centrada en las personas**, de forma **oportuna**, **integral**, **segura** y de **calidad**, disponiendo para ello de un nivel de competencias y **recursos adecuados**.



MISSION

El hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención de **salud cordial centrada en las personas**

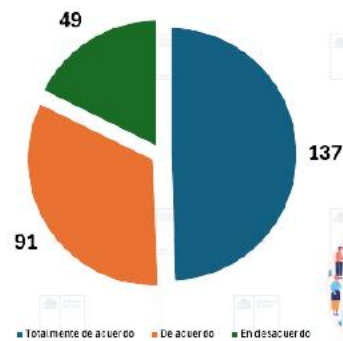
Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	137
De acuerdo	91
En desacuerdo	49
Total	277

Porcentaje de aceptación:	82,3%
---------------------------	-------



Total de Salud Cordial



MISSION

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una **atención oportuna**

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	100
De acuerdo	96
En desacuerdo	81
Total	277

Porcentaje de aceptación:	70,8%
---------------------------	-------

Total de Atención Oportuna



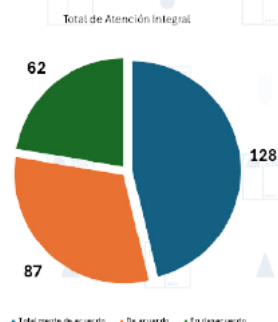
MISION

El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una **atención integral**

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	128
De acuerdo	87
En desacuerdo	62
Total	277

Porcentaje de aceptación:	77,6%
---------------------------	-------



MISION

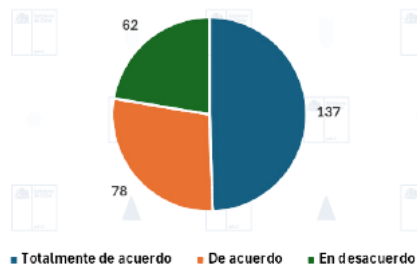
El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención **segura** y de **calidad**.

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	137
De acuerdo	78
En desacuerdo	62
Total	277

Porcentaje de aceptación:	77,6%
---------------------------	-------

Total Atención Segura y Calidad





MISION

Total de encuestas aplicadas: 277

Total de Categorías	Recuento
1. Calidad de atención	14
2. Empatía y humanidad	12
3. Compromiso y trabajo en equipo	13
4. Infraestructura y limpieza	11
5. Cercanía con la comunidad	9
6. Innovación y modernización	8
7. Respeto y tolerancia	8
8. Organización y eficiencia	7
9. Crecimiento y desarrollo	5
10. Sostenibilidad	3
11. Otros Valores Únicos	11
Total	101

MISION ORIGINAL

- Somos un hospital de mediana complejidad, asistencial docente, perteneciente a la red del servicio de salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de **salud cordial, centrada en las personas**, de forma **oportuna, integral, segura** y de **calidad**, disponiendo para ello de un nivel de competencias y **recursos adecuados**.

MISION ALTERNATIVA 1

Somos un hospital de mediana complejidad, asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano. Brindamos a la comunidad una atención de salud **centrada en las personas, integral, segura** y de **calidad**. Contamos con un **equipo humano comprometido con la excelencia** y el **trabajo en equipo**, disponiendo de **recursos** y **competencias** que garanticen el bienestar de nuestros **usuarios** y **usuarias**.

MISION ALTERNATIVA 2

Somos un hospital de mediana complejidad, asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud desde la **humanización, oportuna, segura** y de **calidad**. Fomentamos el **trabajo en equipo**, disponiendo de un nivel de **competencias y recursos adecuados**, que garanticen el **bienestar** de nuestros **usuarios y usuarias**.

VOTACION MISION



VISION

¿ QUE ES UNA VISION?

Una visión es una declaración que describe el futuro deseado de una organización, lo que aspira a lograr a largo plazo.

Es una imagen inspiradora de lo que la organización quiere llegar a ser o cómo quiere ser percibida en el futuro.

La visión sirve como una guía estratégica, motivando y alineando a los miembros de la organización hacia objetivos comunes y a largo plazo.

VISION

Ser un hospital de **excelencia**,
destacado por su atención **oportuna**,
resolutiva, reconocido por su
efectividad y vanguardia en la gestión
de recursos y procesos. Con un **enfoque**
en el usuario y una activa **participación**
de la comunidad.

VISION

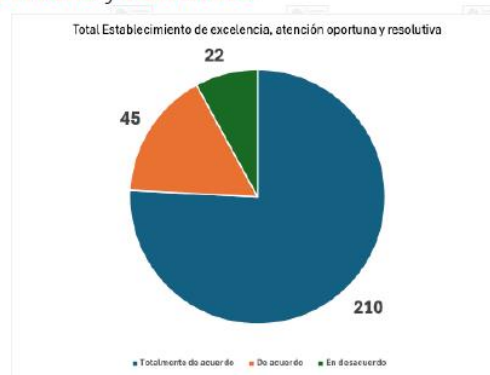
El Hospital de Penco Lirquén es un establecimiento de excelencia destacado por su atención **oportuna** y **resolutiva**

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	210
De acuerdo	45
En desacuerdo	22
Total	277

Porcentaje de aceptación: ▲

92,1%



VISION

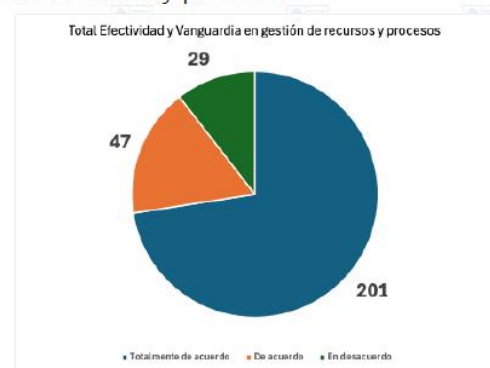
El Hospital de Penco Lirquén es reconocido por la **efectividad** y **vanguardia** en la gestión de sus recursos y procesos

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	201
De acuerdo	47
En desacuerdo	29
Total	277

Porcentaje de aceptación: ▲

89,5%



VISION

El Hospital Penco Lirquén es reconocido por tener un **enfoque en el usuario** y una activa **participación de la comunidad**

Total de encuestas aplicadas: 277

Categoría	Total
Totalmente de acuerdo	216
De acuerdo	46
En desacuerdo	15
Total	277

Porcentaje de aceptación:

94,6%

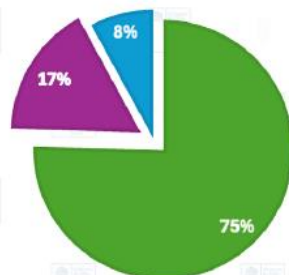


VISION

Total de encuestas aplicadas: 277

PREGUNTAS REFERENTES A LOS VALORES DE LA VISIÓN

■ Totalmente de acuerdo ■ De acuerdo ■ En desacuerdo



Porcentaje de aceptación:

94,6%

VISION

Total de encuestas aplicadas: 277

Total de Categorías	Recuento
1. Aumento de la complejidad y Especialización	16
2. Calidad y Rapidez en la atención	11
3. Trabajo en Equipo y Comunicación	10
4. Tecnología e Innovación	7
5. Infraestructura y Entorno	5
6. Empatía y Humanidad	5
7. Sustentabilidad y medio ambiente	4
8. Capacitación y Desarrollo Profesional	4
Total	62

VISION ORIGINAL

Ser un hospital de **excelencia**,
destacado por su atención **oportuna**,
resolutiva, reconocido por su
efectividad y vanguardia en la gestión
de recursos y procesos. Con un **enfoque**
en el usuario y una activa **participación**
de la comunidad.

VISION ALTERNATIVA 1

Ser un hospital de **excelencia**, reconocido por brindar una **atención oportuna, resolutive, especializada** y de **vanguardia**.

Aspiramos a liderar en **innovación** y **calidad**, fortaleciendo nuestras capacidades para así **aumentar la complejidad**.

Nuestro objetivo es ser un referente en la prestación de **servicios de salud** y la **participación social**.

VISION ALTERNATIVA 2

Ser un hospital de **excelencia, especializado** y reconocido por su **atención oportuna, resolutive e inclusiva**. Destacarnos por la **gestión eficiente** de **recursos** y **procesos** y la participación activa de la **comunidad**, contribuyendo así al **bienestar integral** de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial.

VOTACION VISION



¡Gracias por la participación!

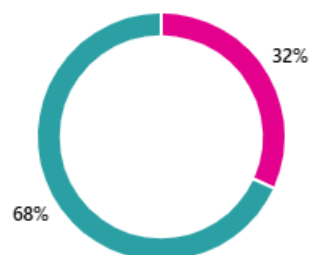
Anexo 9. Resultado encuestas finales aplicadas en jornadas de trabajo



1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la misión de nuestro hospital?

44 Respuestas

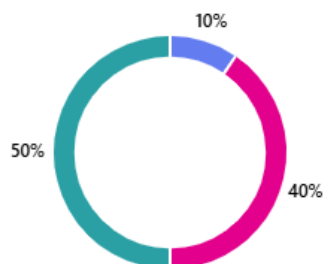
● MISION ACTUAL	0
● MISION ALTERNATIVA 1	14
● MISION ALTERNATIVA 2	30



1. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la visión de nuestro hospital?

42 Respuestas

● VISION ACTUAL	4
● VISION ALTERNATIVA 1	17
● VISION ALTERNATIVA 2	21



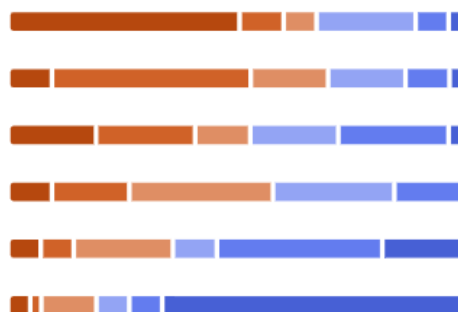
1. ¿QUE VALORES REPRESENTAN A NUESTRO HOSPITAL?

42 Respuestas

Clasificación Opciones

1	TRABAJO EN EQUIPO
2	COMPROMISO
3	VOCACION DE SERVICIO
4	RESPECTO
5	RESPONSABILIDAD
6	INCLUSION

Primera opción ● ● ● ● Última opción



Anexo 10. Resultado de ideas para definición de Misión

Correo electrónico	El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención de salud cordial centrada en las personas.	El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención oportuna.	El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención integral.	El Hospital Penco Lirquén se caracteriza por proporcionar a la comunidad una atención segura y de calidad.	¿Qué otra característica cree usted que tiene actualmente el Hospital Penco Lirquén?
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	8	8	10	10	
Anónima	10	10	10	10	Excelencia
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	7	7	10	
Anónima	7	7	7	7	Buena infraestructura
Anónima	9	10	10	9	
Anónima	3	3	5	10	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	9	8	9	
Anónima	5	5	5	5	Inclusivo
Anónima	7	5	5	7	
Anónima	6	6	6	6	
Anónima	7	8	6	8	Centrada en los funcionarios
Anónima	8	6	8	7	
Anónima	9	7	9	6	Funcionan de una manera estructurada que permite ser más ordenado

Anónima	8	9	9	9	Cercana a la comunidad
Anónima	7	7	4	6	Limpieza de sus instalaciones y agrado para los usuarios
Anónima	8	6	7	8	Tiene una atención cercana a las personas
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	8	8	9	
Anónima	8	8	7	8	Centrado en la persona y sus determinantes
Anónima	10	9	8	10	
Anónima	9	9	7	9	
Anónima	9	7	9	9	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	5	5	7	5	
Anónima	8	8	8	7	
Anónima	10	4	8	3	
Anónima	10	10	8	9	Que son empáticos
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	5	1	6	1	
Anónima	4	4	5	5	
Anónima	10	6	8	7	Tolerante, que considera a sus funcionarios

Anónima	6	7	9	9	
Anónima	10	10	10	10	Buen trato
Anónima	9	8	9	7	
Anónima	6	5	8	7	Innovación
Anónima	10	7	8	8	Es un lugar querido y respetado por la comunidad
Anónima	6	5	5	5	Las ganas de mejorar
Anónima	9	9	9	9	Una familia
Anónima	10	3	5	5	Aseado, lo cual genera un espacio de contención y seguridad. Agradable para la atención
Anónima	7	7	7	6	Buena atención
Anónima	10	10	10	10	Compromiso y calidad de una atención segura
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	8	9	9	
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	7	5	4	5	
Anónima	10	5	8	8	
Anónima	7	6	5	7	Atención cordial
Anónima	10	7	10	10	
Anónima	9	10	10	10	Seguro y limpio
Anónima	7	7	7	8	

Anónima	10	7	10	10	Hospital abierto a la comunidad, atención centrada en el paciente
Anónima	9	8	8	8	Amabilidad
Anónima	9	9	9	7	Considero que El Fuerte del Hospital es el compromiso de los funcionarios por los pacientes
Anónima	10	10	10	9	Compromiso por la calidad en la atención, mejora continua de los procesos, cuidar los espacios físicos, facilitar el clima laboral
Anónima	7	9	10	10	
Anónima	10	7	10	10	
Anónima	8	7	10	9	Hospital que brinda buen confort hacia sus pacientes y funcionarios
Anónima	9	8	8	8	La proactividad para mejorar procesos
Anónima	9	10	10	10	Mejora continua en procesos
Anónima	10	10	10	10	Es un hospital muy humano
Anónima	5	1	4	4	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	7	9	10	10	
Anónima	10	9	9	9	

Anónima	8	6	7	8	
Anónima	7	8	8	8	Aporte comunitario
Anónima	8	6	7	9	Un espacio seguro de atención
Anónima	5	4	4	4	
Anónima	10	10	10	10	Atención segura, empática y totalmente centrada en el paciente
Anónima	8	7	5	5	
Anónima	9	10	9	10	
Anónima	7	7	8	7	Compromiso
Anónima	7	7	8	8	
Anónima	5	4	8	5	Coordinación
Anónima	10	10	10	10	Ordenado
Anónima	6	10	5	8	
Anónima	5	6	6	7	
Anónima	7	8	10	10	Constante crecimiento
Anónima	10	8	8	8	
Anónima	7	7	7	7	
Anónima	5	4	4	5	Desorden en gestión
Anónima	6	6	6	6	
Anónima	10	8	10	10	Ser un Hospital Verde
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	7	8	7	7	
Anónima	8	8	8	8	
Anónima	10	10	10	10	Buenas prestaciones
Anónima	10	10	10	10	

Anónima	10	5	10	10	Cercano, buenas instalaciones y excelente atención
Anónima	7	10	8	10	
Anónima	8	6	8	7	
Anónima	10	10	10	10	Atención de calidad y resolutiveidad.
Anónima	8	8	8	8	Resolutiveidad
Anónima	10	10	10	10	Cercanía
Anónima	10	10	10	10	Una atención personalizada
Anónima	5	5	6	2	Es un hospital limpio
Anónima	8	9	10	10	
Anónima	7	6	9	6	
Anónima	8	8	8	8	
Anónima	10	10	10	10	Respeto
Anónima	10	7	10	10	Compromiso
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	5	9	8	Cercanía con la comunidad
Anónima	7	7	8	8	Empatía
Anónima	7	8	9	9	Coordinación con otros centros de salud
Anónima	10	8	8	9	
Anónima	5	5	5	5	

Anónima	1	1	2	4	Faltan profesionales en el área de urgencias y empatía hacia los pacientes
Anónima	10	10	9	10	
Anónima	9	8	8	8	Cercanía con su población
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	10	10	8	8	
Anónima	9	8	8	8	Moderno
Anónima	10	10	10	10	Científica
Anónima	10	6	8	9	Respeto
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	10	5	10	10	
Anónima	8	6	7	8	Cercana
Anónima	7	5	6	6	
Anónima	4	4	4	5	
Anónima	9	8	9	9	Preocupación por el cuidado del hospital
Anónima	9	5	7	7	
Anónima	8	4	6	6	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	8	7	7	6	Facilidad en la llegada al hospital

Anónima	8	8	8	8	La constante capacitación de profesionales mejoras en la instrumentación y equipos para una atención de calidad
Anónima	6	8	2	6	
Anónima	9	8	9	8	
Anónima	7	7	8	8	
Anónima	10	10	10	8	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	9	10	10	Empatía e inclusión
Anónima	7	6	8	8	Calidad
Anónima	7	5	6	6	
Anónima	6	8	8	8	Buen servicio de manera general
Anónima	4	3	4	4	
Anónima	6	5	5	6	
Anónima	10	8	10	10	
Anónima	6	6	6	6	
Anónima	8	8	8	8	Solidario
Anónima	8	9	9	9	
Anónima	8	8	9	9	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	9	9	9	Un trato cercano y humano al usuario o paciente
Anónima	10	6	4	8	Bonita vista al mar

Anónima	10	10	10	10	Se caracteriza también por ofrecer un trato amable hacia los pacientes
Anónima	10	7	8	9	
Anónima	10	10	10	10	Buenas relaciones entre funcionarios y pacientes
Anónima	8	7	7	8	
nónima	5	2	2	2	Los centros de responsabilidad no son unidos, para ser un hospital pequeño deberían conocerse más. El personal y las jefaturas no se preocupan de actualizar los conocimientos para entregar una mejor atención. La urgencia funciona lenta. Los funcionarios se notifican entre sí con la finalidad de castigar en vez de mejorar los procesos. Algunas situaciones pequeñas de extrema su gravedad versus las que de verdad deberían tenerla.
Anónima	4	4	4	4	
Anónima	10	10	10	10	Brinda excelentes prestaciones
Anónima	10	10	10	10	Respeto
Anónima	8	8	9	9	
Anónima	7	5	7	5	

Anónima	10	10	10	10	
Anónima	7	5	5	5	Servicio
Anónima	8	8	10	10	
Anónima	8	7	9	8	
Anónima	7	7	8	8	Tolerancia
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	7	10	10	.
Anónima	5	6	6	6	Empatía
Anónima	10	10	10	9	Compromiso y positivismo
Anónima	10	10	10	9	Compromiso y positivismo
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	8	8	10	10	
Anónima	8	8	8	8	
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	10	10	10	8	No
Anónima	10	10	10	10	Respeto e igualdad con todos los pacientes
Anónima	7	1	3	7	Responde a las dudas e inquietudes de los pacientes en la entrada hacia el hospital
Anónima	0	0	4	4	
Anónima	3	3	3	3	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	9	9	9	
Anónima	10	9	10	10	

Anónima	10	8	10	10	Brinda trato oportuno y de calidad a todos sus usuarios dentro de lo posible
Anónima	4	5	6	6	
Anónima	7	7	7	7	
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	10	10	10	Ninguna
Anónima	8	7	9	9	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	8	8	9	8	
Anónima	6	7	7	7	
Anónima	6	6	6	5	Amabilidad
Anónima	7	6	6	6	
Anónima	9	9	9	9	Recursos adecuados para la comunidad y Usuarios
Anónima	8	7	8	8	
Anónima	9	8	8	9	La cordialidad con los Usuarios y entre funcionarios
Anónima	9	7	8	8	Empatía
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	10	10	10	10	Inclusiva
Anónima	6	9	8	7	Estamos comprometidos. Principios éticos. Resolver las necesidades de nuestros pacientes y quienes los acompañen.
Anónima	3	2	1	2	

Anónima	9	9	9	9	Trabajo en equipo
Anónima	5	5	5	5	
Anónima	10	9	9	9	
Anónima	10	10	10	10	Buena disponibilidad en trabajadores
Anónima	8	8	8	9	
Anónima	10	6	7	9	
Anónima	10	10	9	10	
Anónima	10	10	8	10	
Anónima	8	7	7	7	
Anónima	10	8	10	9	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	7	7	10	10	
Anónima	5	4	5	6	
Anónima	7	6	6	7	
Anónima	8	7	8	8	
Anónima	5	5	3	5	Que es un Hospital amigo y ecológico
Anónima	9	9	8	9	
Anónima	8	7	9	10	
Anónima	10	9	10	9	Buen trato al usuario
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	6	5	7	6	Oportunista
Anónima	8	8	8	8	Mayor personal idóneo a sus cargos a desempeñar
Anónima	8	8	8	8	
Anónima	5	5	5	5	

Anónima	7	5	8	7	Dependencias limpias
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	8	5	5	8	
Anónima	5	3	5	5	
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	10	10	10	10	Buen ambiente laboral
Anónima	3	3	3	3	
Anónima	9	7	6	6	Espacios de atención limpios y acogedores.
Anónima	10	8	10	9	
Anónima	7	5	5	6	
Anónima	7	7	7	8	Ordenanza en recurso humano en relación con tramites y gestiones
Anónima	7	8	10	10	
Anónima	5	6	7	7	Limpio y ordenado
Anónima	3	7	6	6	
Anónima	8	6	7	8	
Anónima	7	7	6	6	
Anónima	10	9	10	10	
Anónima	7	7	8	6	
Anónima	9	6	4	7	
Anónima	10	8	8	8	
Anónima	10	10	10	10	Compromiso con la atención oportuna y resolutividad.
Anónima	7	7	8	8	

Anónima	10	7	10	10	Cercana
Anónima	8	7	7	7	
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	7	7	7	9	
Anónima	9	9	10	10	
Anónima	7	7	7	8	
Anónima	6	4	5	6	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	7	5	6	6	
Anónima	7	6	7	6	
Anónima	5	0	5	4	
Anónima	7	4	8	7	
Anónima	8	8	7	8	
Anónima	6	8	6	8	
Anónima	8	7	8	8	
Anónima	10	6	8	10	
Anónima	8	8	8	8	
Anónima	5	6	5	6	
Anónima	7	7	8	10	
Anónima	7	7	7	7	
Anónima	10	7	9	10	
Anónima	7	6	6	6	
Anónima	5	4	4	6	
Anónima	8	7	9	6	
Anónima	10	10	10	10	
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	9	6	6	8	
Anónima	4	3	4	4	Nada
Anónima	9	9	9	9	
Anónima	7	7	7	7	

Anexo 11. Resultado de ideas para la definición de Visión

Correo electrónico	El Hospital Penco Lirquén es un establecimiento de excelencia destacado por su atención oportuna y resolutiva	El Hospital Penco Lirquén es reconocido por la efectividad y vanguardia en la gestión de sus recursos y procesos	El Hospital Penco Lirquén es reconocido por tener un enfoque en el usuario y una activa participación de la comunidad.	¿Qué otra característica le gustaría a usted que tuviera el Hospital Penco Lirquén en el futuro?
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Alta complejidad
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	5	10	Mayor implementación tecnología
Anónimo	10	9	10	
Anónimo	5	5	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	7	Sustentabilidad financiera
Anónimo	8	8	10	Inclusión y comunicación efectiva
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	6	10	Centrada en el usuario
Anónimo	10	10	10	Calidad de atención
Anónimo	10	9	10	
Anónimo	10	10	10	Sustentable

Anónimo	8	9	6	Modernización de procesos y baja de carga laboral de funcionarios que no disponen de herramientas tecnológicas adecuadas
Anónimo	9	10	9	Es reconocido por la eficiencia en sus procesos
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	10	Perspectiva de Género
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	7	10	Se destaca por su infraestructura y limpieza
Anónimo	7	5	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	8	9	
Anónimo	10	10	7	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Se resolutivo en casos graves
Anónimo	6	6	6	Un hospital más grande con más especialidades.
Anónimo	10	8	10	
Anónimo	9	9	7	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	8	8	9	Aumento de sus especialidades medicas

Anónimo	10	10	10	Ser polo de desarrollo en salud mental
Anónimo	10	10	10	Respuesta oportuna
Anónimo	10	10	10	Por la salud mental de sus funcionarios
Anónimo	10	10	10	Oportuno
Anónimo	10	7	10	Desarrollo neurología
Anónimo	10	10	10	Incluir más profesionales
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	9	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	7	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Mejorar las salas de espera más acogedoras
Anónimo	5	6	6	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	Respeto por el paciente
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	8	Que desarrollara más la confianza dentro de sus equipos de trabajo y en la jerarquía que existe
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	8	8	10	
Anónimo	7	5	9	Mas amplio y que pudiera atender a una mayor población
Anónimo	9	8	9	Modernidad

Anónimo	10	9	10	
Anónimo	10	10	10	Fuera hospital de alta complejidad
Anónimo	10	10	9	Que se demorará menos en entregar horas para TAC y no MESES. que pueda realizar operaciones de alta complejidad y ya no deriven a higuera, ya que pasan LOS AÑOS y las interconsultas no llegan.
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	9	8	
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	7	8	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	8	
Anónimo	9	10	10	
Anónimo	8	7	7	Funcionarios
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	10	10	Mejora ambiental
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	9	
Anónimo	7	5	8	
Anónimo	10	10	10	Oportuno y resolutivo
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	7	7	7	
Anónimo	10	10	10	Empatía e organización
Anónimo	6	6	6	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	8	9	

Anónimo	10	10	10	Mayor equipos y especialista y horas
Anónimo	10	10	10	Un hospital que entrega atención por sobre otras entidades de salud publica
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	8	Priorizar el paciente
Anónimo	10	10	10	Actualización en sus equipos médicos, los imagenológicos particularmente (resonador, otro equipo osteopulmonar, etc)
Anónimo	10	10	10	Una atención oportuna con visión y enfoque de usuarios
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Más atenciones de especialistas
Anónimo	7	7	7	mejor seguridad y calidad en la atención por parte de funcionarios
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	9	9	Trabajo en equipo
Anónimo	10	8	10	
Anónimo	10	10	10	Rapidez
Anónimo	8	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	5	10	
Anónimo	10	7	7	

Anónimo	8	7	9	trabajo en equipo
Anónimo	8	8	10	
Anónimo	7	7	7	
Anónimo	9	9	9	Que tenga más avance en equipos médicos, más personal para que la atención sea más rápida
Anónimo	9	4	10	
Anónimo	7	10	9	Mayor complejidad Y mejor acceso a medicina de complejidad
Anónimo	10	10	10	Tener todas las especialidades para atención a la comunidad.
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Seguridad para el personal de salud
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Mayor infraestructura
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Que fuera rápido en la gestión de horas de atención
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	8	9	
Anónimo	10	10	10	Pionero en innovación y nuevas tecnologías
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	10	10	

Anónimo	10	10	10	
Anónimo	7	8	7	Mayor cantidad de especialistas
Anónimo	9	9	9	Que lográramos ser un hospital de alta complejidad
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	7	8	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	10	Más cobertura para el Personal en el Área Dental.
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	6	7	7	
Anónimo	10	10	10	Mayor cantidad de especialistas
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	6	6	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	8	9	
Anónimo	10	10	10	Confiabilidad en los diagnósticos de los médicos
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	9	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	9	10	
Anónimo	6	6	6	Terraza con quitasoles
Anónimo	10	10	10	Que sea un lugar de inclusión para todas las personas
Anónimo	9	8	10	
Anónimo	10	10	10	Mejores asientos en sala de espera
Anónimo	10	8	7	

Anónimo	10	10	10	Personal capacitado y especializado. Funcionarios unidos. Apoyo entre unidades con la finalidad de brindar mejor atención. Tecnologías y unidades bien equipadas. Internos de diversas carreras encantados con su aprendizaje. Apoyo a la comunidad que se visualiza.
Anónimo	10	10	10	Trabajo en equipo entre los distintos servicios
Anónimo	10	10	10	Más especialidades
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	9	8	
Anónimo	10	10	10	Vivir con empatía entre colegas y paciente
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Que se sigan implementando más servicios(díálisis, UCI entre otros)
Anónimo	8	7	9	
Anónimo	8	8	8	Tolerancia
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	9	10	.
Anónimo	7	8	7	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	6	7	

Anónimo	9	9	9	Mr gustaría que pudiéramos ser hospital complejidad para poder entregar a la población una amplia cartera.
Anónimo	10	10	10	No
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	4	4	6	Mejor compañerismo entre los funcionarios y así se podría trabajar por una mejor atención al paciente
Anónimo	4	4	4	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	8	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	6	6	Más equidad y oportunidades para el desarrollo profesional de los técnicos y administrativos
Anónimo	7	7	7	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Empatía e inclusión
Anónimo	7	8	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	9	8	
Anónimo	9	8	8	Que fuera la atención con más empatía y soluciones reales a los problemas de los usuarios

Anónimo	6	5	5	Atención más integral entre las distintas profesiones. Comité o similar de actualización
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	mayores espacios interculturales.
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	8	10	
Anónimo	10	10	10	Calidez y empatía.
Anónimo	0	0	3	
Anónimo	10	10	10	Que se fortalezcan las habilidades blandas
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	9	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	que todos sus funcionarios fueran capacitados para atender pacientes con discapacidad visual, auditiva y pacientes que hablen otro idioma.

Anónimo	10	10	10	En el HPL han disminuido los tiempos de espera sobre todo para los pacientes de urgencias
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	5	7	
Anónimo	9	9	10	Compañerismo entre unidades
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Un real Trabajo en equipo
Anónimo	9	9	9	Personal más responsable y con mayor vocación
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Rapidez en la derivación y continuidad de los tratamientos
Anónimo	10	9	9	
Anónimo	10	10	10	Rapidez en la Lista de espera
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Liderazgo regional
Anónimo	3	3	3	
Anónimo	8	8	6	más trabajo en equipo de las distintas unidades, colaborativo en metas comunes
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	6	6	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Respetuoso del medio ambiente
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	9	9	9	

Anónimo	7	7	7	Que pudiésemos subir de grado las personas que llevamos caso 10 años a contrata
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	6	6	7	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Mayor recurso humano para ejercer labores que corresponden.
Anónimo	7	8	8	
Anónimo	10	6	10	Enfoque holístico
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	10	
Anónimo	10	10	8	
Anónimo	10	10	7	
Anónimo	4	5	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	5	6	7	
Anónimo	6	6	7	
Anónimo	2	2	2	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	7	8	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	10	10	10	Que se destacara por trabajo en equipo
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	7	5	7	
Anónimo	10	10	10	Empatía con sus funcionarios
Anónimo	8	8	8	
Anónimo	10	10	8	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	9	9	9	
Anónimo	10	10	10	
Anónimo	8	9	10	
Anónimo	10	10	10	

Anónimo	10	10	9	
Anónimo	9	9	6	
Anónimo	4	4	4	Mejorar atención
Anónimo	10	8	8	
Anónimo	10	10	10	

Anexo 12. Fotos jornadas de trabajo.



Anexo 13. Afiche orientaciones estratégicas Hospital Penco Lirquén 2025-2028



 **Hospital Penco Lirquén**
Servicio Salud Talcahuano
Ministerio de Salud

 **ACREDITADO**
Ministerio de Salud

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028

MISIÓN

“Somos un hospital de mediana complejidad asistencial-docente, perteneciente a la Red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud integral, humanizada, oportuna, segura y de calidad. Fomentamos el trabajo en equipo disponiendo de un nivel de competencias y recursos adecuados, que garantizan el bienestar de nuestros usuarios y usuarias”

VISIÓN

“Ser un hospital de excelencia y reconocido por su atención oportuna, resolutive e inclusiva. Aspiramos a liderar de forma participativa la gestión de recursos y procesos centrados en la innovación, vanguardia y calidad contribuyendo así al bienestar integral de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial”

VALORES INSTITUCIONALES

Trabajo en Equipo	Compromiso	Vocación de Servicio	Respeto	Inclusión
-------------------	------------	----------------------	---------	-----------



Anexo 14. Bolefín Planificación Estrat6gica Hospital Penco Lirqu6n





PRÓLOGO

Estimada comunidad funcionaria y usuaria

Planificar es anticipar cambios en la dirección esperada y para lograr este objetivo, nuestro establecimiento cuenta con equipos de salud comprometidos y preparados.

La Planificación Estratégica es un proceso esencial que nos permite establecer metas claras, identificar los desafíos y oportunidades, desarrollar estrategias efectivas para alcanzar nuestros objetivos y aprovechar el conocimiento y la experiencia de cada miembro del equipo, lo que fortalece nuestra capacidad colectiva, lo que también nos brinda la oportunidad de evaluar y mejorar constantemente nuestras prácticas y procesos. En un entorno de atención médica en constante evolución, este proceso nos ayuda a evaluar y mejorar nuestra capacidad para brindar servicios de calidad, gestionar eficientemente nuestros recursos y mantenernos a la vanguardia de los avances médicos y tecnológicos.

A través de este proceso el hospital define su visión a largo plazo y las estrategias para alcanzarla, supone, además, la participación activa de los actores de la institución, de la comunidad y de la red del Servicio de Salud Talcahuano, en este contexto el Hospital Penco Lirquén enfrenta el desafío de actualizar su Planificación Estratégica, siendo ello parte de las obligaciones, pero por sobre todo, necesario para organizar el camino. Es aquí donde deberán plasmarse los valores, sueños, temores y desafíos que deberemos asumir y que se transformarán en la planificación del hospital para el periodo 2025-2028.

Quiero expresar mi reconocimiento y agradecimiento a todas las funcionarias y funcionarios por cada uno de los aportes suministrados al proceso de planificación del Hospital, que permitieron la valiosa construcción de este trabajo, generando una hoja de ruta para los próximos cuatro años de nuestro establecimiento. Juntos, podemos trabajar hacia ser un mejor hospital y seguir siendo un referente para nuestra comunidad. Gracias por su dedicación y compromiso.

Dra. Patricia Paulós Villarreal

**DIRECTORA
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN**



Abril 2025

HITOS RELEVANTES HOSPITAL

HITOS RELEVANTES 2021



- La reapertura de los pabellones quirúrgicos en junio de 2021 permitió realizar un total de 910 procedimientos en las siguientes especialidades: Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Traumatología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Oftalmología, Obstetricia y Ginecología, Urología, entre otras.



- El Hospital Penco Lirquén ha ampliado su gama de servicios en el ámbito del diagnóstico y tratamiento con la incorporación de un Tomógrafo Axial Computarizado (TAC) o escáner en junio de 2021.



- Otro de los logros del hospital está relacionado con la implementación de la colecta móvil fija de donación de sangre, que facilitó la captación de nuevos donantes. En el año 2021, se logró un total de 518 donantes y se llevaron a cabo 48 colectas.



- Una de las partes de la estrategia en red que se implementó en 2021 fue un operativo de traumatología infantil en colaboración con el Hospital Las Higueras. Esto permitió reducir la lista de espera local en dicha especialidad.

HITOS RELEVANTES 2022



- El Hospital Penco Lirquén mejora la atención para pacientes con diagnóstico de TEA, fortaleciendo su equipo local con más profesionales capacitados para ofrecer un servicio integral.



- La comunidad organizada juega un papel trascendental en el quehacer institucional, con su participación activa y colaboración constante ha sido clave para el éxito de diversas iniciativas.

Abril 2025

HITOS RELEVANTES HOSPITAL

HITOS RELEVANTES 2023



- La incorporación de la dupla del Programa de Apoyo a la Identidad de Género (Paig) al hospital, ha permitido brindar atenciones oportuna a niños, niñas, niños y adolescentes Trans o género diverso, y sus familias de la comunas de Penco y Tomé.



- Mejoras en las atenciones odontológicas mediante la optimización de los procesos de atención. El hospital adquirió un sistema digital de escaneo intraoral, que facilita el diseño y la fabricación de prótesis fijas y removibles, conocido como CAD CAM.



- Implementación Oficina Preferencial para brindar atención oportuna a las personas mayores, en situación de discapacidad y sus cuidadores.



- Incorporación Taller de Prótesis en el área de Medicina Física y Rehabilitación para usuarios y usuarias de la comuna de Penco.



- Un importante avance en materia de gestión asistencial realizó el hospital tras la realización de ocho cirugías ortognáticas a usuarios y usuarias de la comuna Penco y Tomé.



- El Programa Cardiometabólico Infantil, desarrollado por la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del hospital, ha mostrado un balance positivo desde su implementación, con el objetivo de combatir los índices de obesidad.

Abril 2025

HITOS RELEVANTES HOSPITAL

HITOS RELEVANTES 2024



- Un moderno y avanzado TAC Dental adquirió el Hospital, con el fin de mejorar el diagnóstico y la planificación de tratamientos dentales de alta precisión para los habitantes de la comuna de Penco, así como también para todos los usuarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Talcahuano.



- Hospital Penco Lirquén potenció la Unidad de Laboratorio, con la adquisición de cinco equipos de última generación, logrando así aumentar su cartera de prestaciones e incorporando exámenes tan importantes como son la detección de VIH y la Hepatitis A, B y C.



- Se amplió la cobertura del Taller de Prótesis en el área de Medicina Física y Rehabilitación, lo que ha permitido beneficiar a un total de 8 usuarios/as de la comuna de Penco.



- El hospital Implementó un huerto terapéutico para usuarios y usuarias del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, con el objetivo brindar apoyo curativo y sanador a todas las personas que reciben atención a través del programa. Esta iniciativa se gestó gracias a una colaboración entre la Seremi de Desarrollo Social y Familia, representantes de la Fundación El Árbol.





ABRIL 2025

WWW.HOSPITALPENCOLIRQUEN.CL

CHILE AVANZA CONTIGO

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

Abril 2025

ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS HOSPITAL

NUESTRA MISIÓN 2025-2028

“Somos un hospital de mediana complejidad asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud integral, humanizada, oportuna, segura y de calidad. Fomentamos el trabajo en equipo disponiendo de un nivel de competencias y recursos adecuados, que garantizan el bienestar de nuestros usuarios y usuarias”.

NUESTRA VISIÓN 2025-2028

“Ser un hospital de excelencia y reconocido por su atención oportuna, resolutive e inclusiva. Aspiramos a liderar de forma participativa la gestión de recursos y procesos centrados en la innovación, vanguardia y calidad contribuyendo así al bienestar integral de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial”.

NUESTROS VALORES 2025-2028

TRABAJO EN EQUIPO

COMPROMISO

VOCACIÓN DE SERVICIO

RESPECTO

INCLUSIÓN



CHILE AVANZA CONTIGO

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

Abril 2025

EJES PRINCIPALES PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- 1 "Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria"



El Hospital Penco Lirquén busca mejorar su gestión para asegurar una atención de calidad, con acceso y oportunidad para sus pacientes. Para ello, fortalecerá la cirugía menor, agilizando procedimientos ambulatorios, y potenciará su capacidad formadora en salud. También se reforzará el CR de Psiquiatría y el área quirúrgica, mejorando la atención en estos servicios. Estas mejoras permitirán responder mejor a las necesidades de la comunidad.

- 2 "Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral"



El Hospital Penco Lirquén busca mejorar la calidad de vida en el trabajo, promoviendo un entorno de respeto y bienestar. Se realizará un diagnóstico para conocer las necesidades de los funcionarios y se implementará un plan alineado con el Servicio de Salud Talcahuano. También se capacitará al personal en clima laboral, liderazgo, manejo de conflictos y comunicación. Estas mejoras permitirán fortalecer el equipo y responder mejor a las necesidades de la comunidad.

Abril 2025

EJES PRINCIPALES PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- 3 "Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos"



El Hospital Penco Lirquén busca garantizar una atención de salud segura y de calidad, optimizando sus recursos clínicos. Para ello, mejorará la gestión del cuidado, el seguimiento de auditorías y la actualización de manuales organizacionales. También se analizarán tiempos de espera en urgencias y solicitudes ciudadanas, fortaleciendo la vinculación con la comunidad. Estas mejoras permitirán una atención más eficiente y centrada en las necesidades de las personas.

- 4 "Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles"



El Hospital Penco Lirquén quiere aprovechar mejor sus recursos a través de una gestión eficiente de los procesos clínicos y administrativos. Fomentará el uso de tecnologías para mejorar el flujo de información y asegurará una adecuada administración hospitalaria. Además, se implementará el proceso de diálisis para pacientes hospitalizados y se trasladará la unidad de tratamiento intensivo. Estas mejoras permitirán optimizar los recursos y responder mejor a las necesidades de la comunidad.

Abril 2025

CÓMO SE GESTÓ LA CONTRUCCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATEGÍA

La elaboración de la Planificación Estratégica del Hospital Penco Lirquén se realizó a lo largo de tres jornadas de trabajo, donde participaron representantes del centro asistencial, usuarios de la comunidad y miembros de la sociedad civil. Durante estas jornadas, se llevaron a cabo talleres colaborativos, donde se discutieron las prioridades del hospital y se formularon estrategias para abordar los desafíos presentes y futuros.



SESIÓN 1: 26 DE AGOSTO DE 2024

Se presentaron los resultados de la planificación estratégica anterior, evaluando el progreso y los aprendizajes. Además, se actualizó la misión, visión y valores del hospital, asegurando que estos elementos reflejen las necesidades actuales y futuras de la institución.
Participantes: 44 asistentes

SESIÓN 2: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Se trabajó en la matriz de Entorno, Debilidades, Oportunidades y Potencialidades (EDPO), realizando un análisis detallado de la situación del hospital. A partir de este análisis, se elaboraron las estrategias institucionales y se definieron los ejes estratégicos que guiarán la dirección del hospital en los próximos años.
Participantes: 42 asistentes



November 2025

COMO SE GESTÓ LA CONTRUCCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATEGÍA



SESIÓN 3: 23 DE OCTUBRE DE 2024

Se validaron los ejes estratégicos definidos en la sesión anterior, y se distribuyeron en actividades a lo largo de los cuatro años de la planificación.
Participantes: 51 asistentes

SESIÓN FINAL: 16 DE ABRIL DE 2024

Finalmente, se realizó una jornada de trabajo adicional para definir las actividades desprendidas de los ejes estratégicos, establecer indicadores de resultado, asignar responsables y fijar metas claras para cada acción. Además, se elaboró la matriz de control de los objetivos institucionales, que permitirá dar seguimiento y evaluar el progreso de las actividades y metas establecidas.



PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025-2028



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN



ABRIL 2025

WWW.HOSPITALPENCOLIRQUEN.CL

CHILE AVANZA CONTIGO

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025-2028



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN



Unidos por el Bienestar de Todos,

Cada uno de nosotros es fundamental en este camino de mejora continua. Nuestra misión, visión y valores no son solo principios, sino la fuerza que nos impulsa a alcanzar la excelencia cada día.

Sigamos trabajando con energía, dedicación, compromiso y empatía para ofrecer lo mejor a nuestra comunidad. Lo que logremos, lo haremos como equipo.

Juntos, avanzamos hacia un futuro mejor para todos y todas.

EQUIPO CONTROL DE GESTIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

ABRIL 2025

WWW.HOSPITALPENCOLIRQUEN.CL

CHILE AVANZA CONTIGO

HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025-2028



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN



ABRIL 2025

WWW.HOSPITALPENCOLIRQUEN.CL



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA 2025-2028



ABRIL 2025

WWW.HOSPITALPENCOLIRQUEN.CL

Anexo 15. Presentación Ceremonia Planificación Estratégica 2025-2028







PLANIFICACION ESTRATEGICA 2021-2024

Planes de Tratamiento de Atención Integral

UNIDADES
Hospital de Día Adulto
Medicina Física y Rehabilitación
Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría Infanto adolescente
Psiquiatría Adulto e Infantil



CUMPLIMIENTO: 100%

**de 62 PCI 2021 a
XXX PCI 2024**



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2021-2024

Planes de Gestión y Planes de Trabajo

Instrumento que traduce la planificación estratégica en acciones concretas, definiendo objetivos, actividades, responsables y plazos para alcanzar la visión y metas de la organización.

**12 Jefaturas de CR. y Área
3 Subdirecciones**





PLANIFICACION ESTRATEGICA 2021-2024



Incremento de actividades colaborativas con la red asistencial e intersector.

ACTIVIDADES

Exámenes radiológicos y procesos de esterilización a Cefsam Lirquén

Traslado de muestras de exámenes de Laboratorio de usuarios de la comuna de Penco atendidos en Hospital Las Higueras

Educación a personal de ELEM para manejo de nutrición enteral






ACTIVIDADES

L.E. Psiquiatría adulto, comuna de Talcahuano

Traslado de valija con medicamentos desde Hospital Las Higueras a Hospital Penco Lirquén para usuarios de la comuna de Penco

L.E. Cirugía Adulto, usuarios comuna de Talcahuano



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2021-2024



Progreso en metas de Hospitales Verdes, impulsando prácticas sustentables.

 LEGIONARIO Proceso de salud comunitaria	 SISTEMAS QUIMICOS Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 RECICLADO Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 ENERGIA Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 AGUA Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua
 TRANSPORTE Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 ALIMENTOS Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 FARMACIA Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 SERVICIOS Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua	 CENTRO DE SALUD Desarrollo de sistemas de monitoreo de calidad de agua

2021
4

2022
10

2023
12

2024
13



Red GLOBAL
de HOSPITALES
VERDES y
SALUDABLES



HITOS DESTACADOS PLANIFICACION ESTRATEGICA 2021-2024



2021



2022



2023



2024



HOSPITAL PENCO LIRQUÉN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2021 - 2024

“En un contexto que aún evidencia los aprendizajes y desafíos que dejó la pandemia, el equipo ha demostrado compromiso, flexibilidad y un esfuerzo constante. Supo adaptarse, superar obstáculos y mantener una atención de calidad para la comunidad. El camino recorrido también es un logro que merece ser reconocido.”







PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028



CONSTRUCCIÓN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Conocer la percepción y el nivel de identificación de los funcionarios del Hospital Penco Lirquén con la misión, visión y valores institucionales, con el propósito de recoger aportes que orienten su actualización y reflejen de mejor forma el quehacer y compromiso de nuestra institución.



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028

Encuesta diseñada para evaluar los conceptos clave que fundamentan nuestra misión, visión y valores institucionales.

Estas preguntas permitieron captar percepciones sobre la claridad, relevancia y aplicabilidad de nuestras declaraciones actuales en la práctica diaria



Difusión:
3° semana de agosto 2024

9 preguntas cerradas
1 pregunta abierta

281 funcionarios contestaron la encuesta

90 funcionarios aportaron con ideas en pregunta abierta





PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028



SESIÓN 1: 26 DE AGOSTO DE 2024

Se presentaron los resultados de la planificación estratégica anterior, evaluando el progreso y los aprendizajes. Además, se actualizó la misión, visión y valores del hospital, asegurando que estos elementos reflejen las necesidades actuales y futuras de la institución.

Participantes: 44 asistentes

SESIÓN 2: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Se trabajó en la matriz de EDPO (Entorno, Debilidades, Oportunidades y Potencialidades), realizando un análisis detallado de la situación del hospital. A partir de este análisis, se elaboraron las estrategias institucionales y se definieron los ejes estratégicos que guiarán la dirección del hospital en los próximos años.

Participantes: 42 asistentes



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2025-2028



SESIÓN 3: 23 DE OCTUBRE DE 2024

Se validaron los ejes estratégicos definidos en la sesión anterior, y se distribuyeron en actividades a lo largo de los cuatro años de la planificación.

Participantes: 51 asistentes

SESIÓN FINAL: 16 DE ABRIL DE 2024

Finalmente, se realizó una jornada de trabajo adicional para definir las actividades desprendidas de los ejes estratégicos, establecer indicadores de resultado, asignar responsables y fijar metas claras para cada acción. Además, se elaboró la matriz de control de los objetivos institucionales, que permitirá dar seguimiento y evaluar el progreso de las actividades y metas establecidas.



NUESTRA MISIÓN INSTITUCIONAL ES:

“Somos un hospital de mediana complejidad asistencial-docente, perteneciente a la red del Servicio de Salud Talcahuano, que proporciona a la comunidad una atención de salud integral, humanizada, oportuna, segura y de calidad. Fomentamos el trabajo en equipo disponiendo de un nivel de competencias y recursos adecuados, que garantizan el bienestar de nuestros usuarios y usuarias”

NUESTRA VISIÓN INSTITUCIONAL ES:

“Ser un hospital de excelencia y reconocido por su atención oportuna, resolutive e inclusiva. Aspiramos a liderar de forma participativa la gestión de recursos y procesos centrados en la innovación, vanguardia y calidad contribuyendo así al bienestar integral de nuestros usuarios y usuarias de la red asistencial”





NUESTROS VALORES INSTITUCIONAL SON:

COMPROMISO



NUESTROS VALORES
INSTITUCIONAL SON:

**VOCACIÓN DE
SERVICIO**



NUESTROS VALORES INSTITUCIONAL SON:



RESPETO



NUESTROS VALORES
INSTITUCIONAL SON:

INCLUSIÓN





PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Objetivo Estratégico N°1

GESTIÓN HOSPITALARIA



El Hospital Penco Lirquén fortalecerá su gestión para asegurar una atención de calidad, con acceso y oportunidad, mediante el impulso a la gestión clínica, el fortalecimiento en salud y el mejoramiento del CI de la red, y el área quirúrgica, mejorando así la respuesta a las necesidades de la comunidad.

1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria



Objetivo Estratégico N°2

AMBIENTES LABORALES



El Hospital Penco Lirquén promoverá un entorno laboral de respeto y bienestar, mediante un diagnóstico de necesidades y un plan diseñado con el Servicio de Salud Talcahuano. Asimismo, se mejorará el personal en el área laboral, fomentando el desarrollo de competencias y conocimientos, fortaleciendo el equipo y mejorando la respuesta a las comunidades.

2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Objetivo Estratégico N°3

CALIDAD



El Hospital Penco Lirquén fortalecerá la atención segura y de calidad mediante la optimización de recursos clínicos, mejorando la gestión del cuidado, auditorías y monitoreo organizacionales. Asimismo, reducirá tiempos de espera y optimizará prestaciones para ofrecer una atención más eficiente y centrada en la persona.

3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsando la mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos



Objetivo Estratégico N°4

FINANZAS



El Hospital Penco Lirquén busca optimizar sus recursos mediante una gestión eficiente de procesos clínicos y administrativos, incorporando tecnologías para mejorar el flujo de información y fortalecer la administración hospitalaria. Además, se implementará la gestión para pacientes hospitalizados y se fortalecerá la UCI, mejorando la respuesta a las necesidades de la comunidad.

4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos, administrativos y el establecimiento de controles





PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PRINCIPALES DESAFIOS 2025-2028

GESTION CLINICA

**CONSOLIDAR EL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**OPTIMIZAR EL PROCESO
DE CIRUGÍA MENOR**

**CONSOLIDAR LA INSTITUCIÓN
COMO REFERENTE
FORMADOR**



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PRINCIPALES DESAFIOS 2025-2028

AMBIENTES LABORALES

**PROMOVER EL ACCESO A
PRESTACIONES DE CONCILIACIÓN
VIDA FAMILIAR-LABORAL**

**ESTRATEGIAS DE
ANÁLISIS DEL
AUSENTISMO**

**ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN
Y FORTALECIMIENTO DEL
LIDERAZGO**





PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PRINCIPALES DESAFÍOS 2025-2028

CALIDAD

**MEJORAR LA EFICIENCIA
Y USO OPTIMO DE
RECURSOS**



**CONSOLIDACION DE ESTRATEGIAS DE
MEJORA CONTINUA Y CALIDAD EN
LOS PROCESOS**



**FORTALECIMIENTO DEL
CUMPLIMIENTO DE
INDICADORES CLAVES**



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

PRINCIPALES DESAFÍOS 2025-2028

GESTIÓN FINANCIERA

**FORTALECIMIENTO DEL PROCESO
DE PAQUETIZACION**



**SEGUIMIENTO A
PROCESOS
TRANSVERSALES**



**MEJORA CONTINUA AL PROCESO
DE PROGRAMACION ASISTENCIAL**





Anexo 16. Fotos Ceremonia Planificación Estratégica 2025-2028





Plan Estratégico para Hospital Penco Lirquén





Anexo 17. Planes de Acción Anual Subdirecciones

17.1 PLAN SUBDIRECCIÓN GESTIÓN CLÍNICA

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Supervisar la consolidación del CR de Psiquiatría y Salud Mental	Plan de Trabajo con objetivos estratégicos		x								
		Informe de evaluación anual							x			
	Supervisar el proceso de consolidación de la Cirugía menor en nuestro Hospital	Reportes trimestrales con logros y nodos críticos de la implementación de la estrategia						x				X
		Presentación comité ejecutivo									x	
1.2 Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post grado	Levantamiento de la capacidad formadora de especialidades de post grado del Hospital.	Informe de la capacidad formadora								x		
1.3 Gestionar la demanda asistencial	Análisis semestral de los indicadores principales que	Definición de indicadores (GLOSA 04)		x								

facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	tributen a la gestión y garanticen el acceso y la oportunidad de la atención	Presentación comité ejecutivo							x										x
Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral																			
2.1 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Supervisar Capacitación en clima laboral, inclusión y manejo de conflictos laborales a jefes de CR y Unidades	Plan de Trabajo con objetivos abordables							X									x	
2.2 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Capacitación en liderazgo a jefes CR y Unidades	Reporte con capacitación realizada y participantes entregada por U. de Capacitación																	x
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos																			
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Informe con análisis semestral de los indicadores principales que contribuyan a proporcionar una atención oportuna, segura y digna (Análisis de eventos adversos y centinelas y análisis de tiempos de espera en urgencias) incorporar gestión del cuidado en el análisis (solicitudes ciudadanas, asistencia enfermería)	Definición de indicadores			x														
		presentación comité ejecutivo																	x

	Supervisar el cumplimiento de las auditorías clínicas	Informe semestral con análisis del cumplimiento de las indicaciones o sugerencias de auditoría médica por parte de los jefes de CR					x							x
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Vinculación con el medio	Definir líneas de abordaje y/o participación		x										
		Informe semestral de actividades de participación y promoción con la comunidad					x							x
3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad	Creación de comisión de análisis de costos asociados a problemas de calidad	Plan de trabajo		x			x							x
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles														
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Creación de un comité multidisciplinario que analice las pérdidas o mermas de insumos y proponga un plan de control de los mismos	Plan de trabajo		x			x							x
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Creación e implementación de Comité de Paquetización	Plan de trabajo		x			x							x
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Creación de un comité de eficiencia presupuestaria de procesos clínicos.	Plan de trabajo		x			x							x

Planes de Acción Gestión Clínica

17.1.1 Plan de acción Gestión Ambulatoria

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Supervisión el cumplimiento de indicadores de Especialidades odontológicas.	informe con análisis del cumplimiento de indicadores de Especialidades odontológicas		X		X				X		
	Supervisar el aumento del registro de los planes de atención integral en un 30% en la Unidad de CCPP	informe con análisis del cumplimiento de los planes integrales de especialidades					X				X	
	Supervisar la oportuna y correcta notificación de resultado críticos de biopsias según protocolo	informe con análisis del cumplimiento según protocolo	X			X			X			X
	Supervisión de Pertinencia de Interconsultas emitidas desde CAE HPL	Reporte de Interconsultas revisadas emitidas desde CAE HPL, con notificación de comunicados a Especialistas		X			X			X		

[illegible]

Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Monitoreo de notificaciones de eventos adversos del CR y de acuerdo con resultados elaboración de plan de mejor	Informe de eventos adversos y plan de mejora		X			X			X		
	Monitoreo del adecuado registro de libro de Trazabilidad de biopsia Especialidades	Informe de registros realizados con su respectivo plan de mejora ante incumplimiento.			X			X			X	
	Vinculación con el medio	Informe de actividades de vinculación con el medio (hitos comunicacionales)				X					X	
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Supervisar el cumplimiento de auditorías clínicas durante el año en curso	informe con análisis del cumplimiento de los planes de mejora de auditorías	según corresponda									
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Supervisión de uso Suplementos alimentarios en la Unidad de CCPP de alto costo	Elaboración de protocolo de uso racional de Suplementos alimentarios en la Unidad de CCPP	X									
		Reporte de seguimiento de pacientes según protocolo				X				X		
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Supervisar el índice de ocupación Dental (IOD)	informe con análisis de IOD					X				X	

	Monitorización de licitaciones de Atención abierta	Reporte de Licitaciones informadas			X			X			X	
--	--	------------------------------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

17.1.2. Plan Gestión de acción Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Fortalecimiento de estrategia de intervención con usuarios de medicina física y rehabilitación a través de la incorporación de la participación de la familia en los PTI	Informe que dé cuenta de la implementación de la estrategia de socialización de PTI con familia de usuarios. Propuesta 2 PTI mensuales		x			x				x	
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Monitoreo de la demanda de exámenes imagenológicos de TAC	Informe bimestral de producción de exámenes de TAC	x	x		x		x		x		X
		Capacitacion de correcta indicación de exámenes de TAC - Rx – ecografía			x							

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Plan de trabajo para optimizar clima laboral y manejo de conflictos en CR y Unidades	Plan con actividades calendarizadas por unidad para el año 2025		x								
		Informe de evaluación del cumplimiento de las actividades con Programa de actividad con fotos							x			
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Monitoreo de notificaciones de eventos adversos del CR y de acuerdo con los resultados se elaborará plan de mejora	Informe de eventos adversos notificados por unidad	x		x		x			x		
	vinculación con el medio	Informe de actividades de vinculación con el medio de CR at cerrada				x					x	
	Garantizar la oportuna entrega de fármacos a través de la gestión de los potenciales quiebres de stock de fármacos por pronto vencimiento	Informe con gestiones y quiebres de stock de fármacos asociados a vencimientos		x		x		x		x		x

3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Monitorizar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura para centrales de alimentación y seguimiento a los hallazgos detectados, en caso de cumplimiento menor al 100%	Informe de cumplimiento con cronograma de aplicación anual			x			x			x	
	Monitorear la realización de reuniones clínicas de profesionales T.M de laboratorio con presentación mensual de control de calidad interno y otros temas relevantes	Acta de reunión mensual y asistencia		x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Cronograma de reuniones	x									
	Realizar levantamiento de diagnóstico de pacientes usuarios de nutrición enteral y estandarizar indicación en base a evaluación nutricional y diagnóstico	Protocolo con resolución e informe de análisis del cumplimiento del protocolo				x						
	Supervisión de implementación de hallazgos de Auditorías clínicas	Informe semestral con análisis del cumplimiento de las indicaciones o sugerencias de auditorías médicas del CR	Según corresponda									
3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad	Monitoreo del cumplimiento en supervisiones de IAAS (lavado de manos) en unidades de imagenología, Laboratorio, Nutrición, Medicina física y Rehabilitación	Informe de cumplimiento de supervisiones de IAAS y plan de mejora en caso de existir cumplimiento inferior a 90%			x					x		x

Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles											
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Controlar las mermas de alimentos que se generan diariamente en la línea de producción, calculando el número total diario de raciones (almuerzos y cena) efectivamente utilizadas, cuantificando en gramos lo que se elimina con un umbral del 90%	Informe de análisis con la totalidad de las raciones (desayuno, almuerzos, once y cena) efectivamente utilizadas identificando los motivos de las mermas		x				x		x	
	Optimizar el uso de vehículos de traslado de pacientes de la unidad de Sala de rehabilitación	Informe de evaluación de uso de vehículos de traslado			x			x			
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Monitorear la correcta mantención de las bodegas de insumos clínicos de laboratorio	Informe de cumplimiento de supervisiones internas y plan de mejora en los casos de existir cumplimiento inferior a 90%		x				x		x	
	Controlar las mermas de insumos clínicos en las unidades de imagenología, Laboratorio, Nutrición, Medicina física y Rehabilitación	Informe de mermas bimestrales asociados a vencimiento de insumos en las unidades					x			x	
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Implementar sistema de control de inventarios internos (imagenología, medicina física y laboratorio)	Informe por unidad de sistema de control de inventarios implementado	x					x			x

17.1.3. Plan Gestión de acción Atención Cerrada

Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución												
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria															
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Consolidar visita técnica en Hospitalización domiciliaria	Informe de análisis y mejora					x							x	
	Consolidar visita técnica en unidad de tratamiento intermedio	Informe semestral de análisis y mejora					x							x	
	Monitorizar el porcentaje de excesos de estancias outliers superiores	Informe y resumen de outliers superiores con evaluación de causas y problemáticas	x			x			x					x	
	Realización de reuniones clínicas de casos y actualizaciones de temas en unidad médico quirúrgico	Reporte de temas abordados y acuerdos		x			x			x					
	Análisis de trazadoras GRD en seguimiento	Informe análisis de trazadoras GRD		x			x			x					
	Implementar plan de trabajo para equipo de medicina interna	Plan de trabajo equipo medicina interna		x											
		Evaluación de plan de trabajo						x							x
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Supervisar uso eficiente de prestaciones de hospitalización domiciliaria	Informe cuatrimestral actividades HODOM		x				x						x	
	Supervisión de cumplimiento de metas sanitarias en unidad de tratamiento intermedio	Informe cumplimiento y planes de mejora indicación CUP			x		x		x			x			

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Realización de plan desde las unidades con medidas que promuevan un clima laboral respetuoso e inclusivo	Realización de plan para las unidades que promueva el clima laboral inclusivo		x								
		Reporte de implementación de acciones						x			x	
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Capacitaciones para equipo de matroneria en temas relevantes hospitalarios	Reporte de temas abordados				x						x
	Monitoreo de notificaciones de eventos adversos del CR y de acuerdo con los resultados se elaborará plan de mejora	Informe de eventos adversos notificados por unidad					x					x
	Revisión de informe IAAS e implementación de estrategias para mejora	Informe con planes de mejora según evaluación de equipo IAAS		x				x				x
	Monitoreo de solicitudes ciudadanas	Diagnóstico de solicitudes ciudadanas	x									
		Plan de mejora							x		x	
	vinculación con el medio	Informe de actividades de vinculación con el medio de CR at cerrada				X	x					x

3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Revisar protocolos vigentes de hospitalización domiciliaria	Protocolo con criterios de ingreso a Hospitalización domiciliaria actualizados			x								
		Protocolo con flujos de ingreso y egreso de hospitalización domiciliaria				x							
	Realización de protocolo de sedo analgesia para fin de vida	Protocolo sedo analgesia en fin de vida				x							
	Supervisión de implementación de hallazgos de auditorías clínicas	Acta de reunión y lista de asistencia capacitación en adecuación de esfuerzo terapéutico		x									
		Informe implementación guía clínica adecuación esfuerzo terapéutico				x							
		Informe implementación guía clínica barthel								x			
		Análisis de tiempos de espera unidad medico quirúrgica		x				x					x
		Análisis de tiempos de espera unidad tratamiento intermedio		x				x					x

17.1.4 Plan de acción Gestión Quirúrgica

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria														
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución											
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Liderar consolidación el proceso de Cirugía Menor en el Hospital	Reporte trimestral con logros y nodos críticos de la implementación de la estrategia		x			x					x		
	Liderar la consolidación del proceso de Esterilización en el Hospital	Reporte trimestral con logros y nodos críticos de la implementación de la estrategia		x			x					x		
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Monitorizar el cumplimiento de indicadores de producción de Unidades dependientes del CR. Quirúrgico	Informe con análisis de indicadores de producción de Unidades dependientes del CR. Quirúrgico			x		x		x		x			
	Supervisión de cumplimiento de metas sanitarias	Informe cumplimiento y planes de mejora					x					x		
Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral														
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS	Implementación de actividades que beneficien el buen clima laboral	Reporte de actividades complementarias que favorezcan el buen clima laboral (Capacitaciones, talleres, jornadas de autocuidado, Gestión de día estamental)					x					x		

[illegible]

4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Elaboración de diagnóstico de cirugías a paquetizar	1.- Informe diagnóstico		x										
	Paquetización de cirugías definidas en comité	1.- Reporte Paquetización cirugías										x		
	Supervisar proceso de Paquetización de Unidad de Pabellón con priorización en CMA (Reporte de trazabilidad de stock de insumos y medicamentos críticos)	Reporte de plan de trabajo entre Unidad de Pabellón, Bodega y Abastecimiento			x			x					x	
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Seguimiento y análisis de uso eficiente de stock de insumos y medicamentos críticos de las unidades y estrategias de mejora implementadas	análisis de reporte de plan de trabajo presentado por Unidades				x						x		

17.1.5 Plan de acción Gestión de Urgencia

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria														
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución											
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Actualización Manual organizacional	Rex del Manual Organizacional		X										
		Difusión con equipo			X									
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Realizar informe de indicadores que aplican al área, priorizados por SDM	Informe de análisis e implementación de mejoras según corresponda				X			X			X		
Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral														
2.1 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Plan de trabajo para optimizar clima laboral y manejo de conflictos de CR	Levantamiento de necesidades con respectivo informe de análisis		X										
		Informe de actividades complementarias que favorezcan buen clima laboral				X				X				

Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	análisis de tiempos de espera Unidad Urgencias	Informe diagnóstico de análisis de tiempos de espera año 2024 y propuestas de mejora			x							
		Reporte de Implementación de propuestas de mejora					x			x		
	Asegurar atención de calidad dentro de estándares de IAAS	análisis de resultados de informe IAAS 2024 lavados de manos y plan de mejora (EU coordinadora y jefe CR)		x								
		Implementación de mejoras e informe con resultados (EU coordinadora y jefe CR)						x				x
	Monitoreo de Eventos Adversos	Informe con eventos adversos y planes de mejora				x			x			x
	Vinculación con el medio	Informe de actividades de vinculación con el medio (hitos comunicacionales)			x						x	
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Liderar ejecución de Auditorías clínicas	Implementación guías Disnea y Dolor Abdominal		x	x							
		Difusión de las guías implementadas				x					x	

		Charla sobre guía Limitación Esfuerzo Terapéutico (por Atención Cerrada)			X								
		Capacitación semestral sobre uso de BIC a enfermería (EU coordinadora o quien subroga)					X						X
	Liderar reuniones clínicas con temas afines a funcionarios que permitan mejorar tiempos y calidad de atención	Reporte de actividad con listado de asistencia			X			X				X	
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles													
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Implementación de estrategias para disminución de mermas de insumos clínicos	Plan trabajo y evaluación (EU coordinadora o quien subroga)					X			X			X

17.2 PLAN SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria														
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución											
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Análisis de los principales indicadores que tributen a la gestión y garanticen el acceso y oportunidad de la atención y plan de mejora en caso necesario	Definición de indicadores	x											
		Presentación en Comité ejecutivo			x			x			x			
Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral														
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Plan de trabajo para optimizar el clima laboral y manejo de conflictos en Áreas y Unidades	Plan de trabajo en base a diagnóstico de SDP y evaluación						x				x		
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Reuniones mensuales de coordinación de subdirección con jefaturas de áreas y unidades	Informe de avances de acuerdos y coordinaciones (resumen de acciones de Subdirección)		x			x			x		x		
	Supervisión de las capacitaciones en liderazgo a jefes Áreas y Unidades y su impacto en los equipos	Informe que incorpore el impacto de las capacitaciones realizadas por las jefaturas en los equipos de trabajo					x					x		

Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Gestión y supervisión del cumplimiento del seguimiento de auditoría administrativa	Presentación en comité ejecutivo análisis del cumplimiento de los compromisos suscritos por el área			x			x				x
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Gestionar y supervisar la actualización de manuales organizacionales y de procedimientos, priorizados para 2025	Informe de avances y cumplimiento		x			x					x
3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad	Creación de comisión de análisis de costos asociados a problemas de calidad	Plan de trabajo		x								
		Informe de evaluación					x					x
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Fomentar el uso de tecnología para optimizar el flujo de información. (TIC y Reyimen)	Informe de seguimiento y avance de los procesos transversales priorizados										
	Gestión y supervisión de la implementación en las líneas de UTI atingentes al área administrativa			x			x					x
	Gestión y supervisión de la implementación de la prestación diálisis en Médico Quirúrgico											

	análisis de las estrategias de la contención del gasto levantadas e implementadas y manejo presupuestario	presentación comité ejecutivo		x		x		x	x	x	x	x	
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Generación de una metodología de análisis de información financiera, que sirva de insumo para la toma de decisiones clínicas	Presentación en comité ejecutivo (metodología)		x									
		Informe de ejecución de programación GRD (que incluya sistema de costeo, Paquetización e impacto financiero)						x					x
	Supervisión de la implementación de bodega de pabellón	Informe que incluya análisis financiero de la implementación y resultados obtenidos ya sea en la infraestructura/flujo de bodega, etc.	x				x						x
	Revisión de la planificación del estado de tareas y requerimientos del área de RRFF para el 2025	Informe de trabajo de cumplimiento		x			x			x			
		Presentar en comité ejecutivo				x					x		
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Implementación y seguimiento de inventario físico planificada por el área de gestión financiera	Presentación en comité ejecutivo de la evaluación, ejecución y seguimiento del plan de inventario			x		x			x			

Planes de Acción Gestión Administrativa

17.2.1 Plan de acción Gestión Financiera-contable

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Reuniones mensuales de coordinación del áreas y unidades	Informe de avances de acuerdos y coordinaciones (resumen de acciones)		x			x			x		
	Realizar reuniones con todos los funcionarios del área para conocimiento de los procesos transversales de las unidades.	Actas de reuniones enviadas a SDA				x				x		
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Realizar una revisión y diagnóstico de los manuales de procedimientos en conjunto con los jefes de unidad. (se prioriza inventario)	Informe del diagnóstico y carta Gantt de manuales que se actualizaran									x	
		Carta Gantt				x						
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Generar reuniones con SDP y SDA para revisión mensual de estimaciones financieras	Calendarización de reuniones		x								

		Reporte de los acuerdos y su avance y cumplimiento			x		x		x		x	
	Implementar un control preventivo para el seguimiento de compras de servicio.	Informe de resultados revisión mensual en proceso de precierre.					x			x		
	Reportar información de deuda mayor a 30 días	Reporte mensual enviado a SDA con causas de no pago.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Coordinar y participar en las reuniones establecidas con los referentes de GRD, FINANZAS, SIGCOM y SDA para análisis financiero	Actas de reuniones enviadas a SDA	x		x		x		x		x	
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Elaboración ejecución y Monitoreo de las actividades del Plan de Inventario de activo fijo	Plan de trabajo		x								
		Reporte de actividades comprometidas según plan enviado a SDA				x		x				x
		Monitoreo de la carta gantt de Unidad de inventario enviando a SDA			x							x

17.2.2 Plan de acción Gestión de Recursos Físicos

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Generación de plan de trabajo para promover el clima laboral (premio al funcionario destacado, desayuno compartido, minefundles)	informe con respaldo de actividad					x					x
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Participación de reuniones de unidades del área de recursos físicos de acuerdo con calendarización de unidades	Reporte de acuerdos, cumplimientos y requerimientos de funcionarios para conocimiento y gestión de SDA enviado por correo electrónico a SDA					x			x		x
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Actualización de protocolos existentes en el área de recursos físicos. (priorizados evacuación y vigilancia)	Resolución de actualización de protocolo		x					x			

	Generación de instructivo para todas las subrogancias del área e implementación de carpeta compartida con información priorizada	Elaboración y envío de instructivo a jefaturas del área vía correo electrónico		x													
		Envío de acta de entrega de información de subrogancia de Jefatura de área por correo electrónico a SDA		x													
		informe de evaluación de implementación					x										x
	Generación de manual de procedimientos de área de Recursos físicos (procesos priorizados, equipos críticos y cctv)	Resolución de manual de procesos del área				x											
3.3 Disminuir los costos generados por problemas de calidad	Levantamiento de proceso de instalaciones nuevas en mantenimiento correctivo.	Plan de tratamiento														x	
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles.																	
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Cumplimiento de plan de trabajo de emergencias de hospital	Informe con análisis y cumplimiento de plan enviado por correo electrónico a SDA		x				x							x		
	Supervisión de cumplimiento de procesos de unidad de Reas. (riesgos críticos, mesa verde)	Informe con envío de análisis de cumplimiento de riesgos críticos enviado por correo electrónico a SDA						x									x

	Cumplimiento de planes de mantenimiento e infraestructura del área de recursos físicos	Informe con análisis de cumplimiento de plan enviado por correo electrónico a SDA		x				x			x		
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Seguimiento y análisis de planilla de procesos de compra y ejecución de las unidades de recursos físicos	Informe con análisis enviado por correo electrónico a SDA	x				x			x			x
	Seguimiento de tareas y requerimientos asignadas al área	Presentación en comité ejecutivo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Seguimiento y supervisión de cumplimiento de planes de trabajo de las jefaturas de recursos físicos	Reporte con análisis de cumplimiento de planes de trabajo por correo electrónico a SDA				x				x			x
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Controlar de forma oportuna el cumplimiento de presupuesto del área generando coordinación con área financiera	Informe con análisis de uso presupuestario del área enviado por correo electrónico a SDA		x				x			x		
	Supervisar actualización de inventario de equipamiento del área.	Informe con análisis de proceso de inventario.						x					x

17.2.3 Plan de acción Gestión TIC

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	2.3.1 Desarrollar Plan de fortalecimiento de equipo	Informe a SDA				x					x	
	Reuniones mensuales de coordinación del áreas y unidades	Informe de avances de acuerdos y coordinaciones (resumen de acciones)	x		x		x		x		x	
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	3.2.1 Desarrollar Manual Procedimiento de Unidad de Desarrollo y Transformación Digital	Resolución de Manual						x				
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	4.1.1 Desarrollar e implementar Sistema Priorizado por Equipo Directivo (3)	Reporte de implementación de sistemas propios enviado a referente			x			x			x	

17.2.4 Plan de acción Gestión Abastecimiento

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	2.2.1 Ejecutar actividades que mejoren los conocimientos de la Ley Karin, coordinado con Ciclo Laborar una reunión informativa	1.- Evidencia de la jornada informativa de la Ley Karin, con lista de asistencia			x					x		
	2.2.2 Generar instancias recreativas en ayuda a mantener un clima laboral optimo dentro del establecimiento, valorando el día especial a ese funcionario, al celebrar su cumpleaños.	2.- Evidencias de festejo de cumpleaños del funcionario del área					x				x	
	2.2.3 Organizar una jornada de autocuidado, fuera del establecimiento, ayudando a fortalecer las confianzas, logrando un mejor clima laborar.	3.- Evidencia de Jornada de autocuidado una vez al año fuera del establecimiento										x
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	2.3.1 Ejecutar reuniones con funcionarios del Área, que fortalezca las líneas de comunicación en todas las direcciones y formalizar para lograr que sea efectiva.	Enviar un Informe Trimestral de las reuniones de coordinación realizadas en forma periódica.	x			x			x			x
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	3.2.1. Actualizar Manual de Procedimiento de Compras de acuerdo con Normativa Vigente	Resolución que actualice Manual de procedimiento de compras						x				

Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Realización de capacitación para jefaturas nuevas en el manejo del programa Reyimen	Listado de jefaturas nuevas	x									
		Lista de asistencia a capacitación	x				x					
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Coordinar el proceso de Paquetización pabellón, con priorización en CMA (Las unidades de compras y bodega deberán llevar comunicación activa de los stocks de pabellón CMA)	1. Reporte plan de trabajo, entre Unidad pabellón, Bodega y Unidad de Compra		x			x					x
		2. Listados de Insumos entregados/ Pendiente de entrega, detallando la falta: 1.- Mal Planificado. 2.-No está en Consulta de compra por error.3.- No se gestionó la compra	x			x			x			
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Supervisar el proceso de toma de inventarios de existencias de bodega. Revisar que el inventario aleatorio sea cada dos meses (Unidad de Bodega)	Realizar un informe de diferencias detectadas y plan de mejoras	x		x		x		x			x
	verificación de ingreso en plataforma mercado público para seguimiento de contratos en licitaciones LP y LR	Informe que dé cuenta de verificación de contratos			x			x			x	
	Revisar y verificar estado de los convenios del establecimiento	Informe trimestral del estado de los convenios	x			x			x			x

17.3. PLAN SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

HOSPITAL PENCO LIRQUEN												
Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Apoyar en comunicación interna de los involucrados en el proceso de cambio CR Psiquiatría y SM	Informe de avance					X					X
1.2 Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post grado	Levantamiento de información sobre las especializaciones de profesionales de acuerdo con solicitud de Dirección de Hospital como polo de desarrollo.	Informe de base de datos con profesionales como potenciales formadores					X					
1.3 Gestionar la demanda asistencial facilitando el acceso y la oportunidad de la atención	Análisis semestral de los indicadores principales que tributen a la gestión y garanticen el acceso y la oportunidad de la atención	Definición de indicadores (GLOSA 04/EAR)		X								
		Presentación comité ejecutivo					X				X	

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.1 Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria	Liderar ejecución del diagnóstico de la situación hospitalaria en temáticas de ausentismo.	1. Informe de análisis de resultados de Diagnóstico		X								
		2. Presentación de diagnóstico a Comité ejecutivo			X							
	Elaborar plan de trabajo enmarcado en nuevo protocolo de ausentismo de la DSST y diagnóstico institucional	1. Plan de trabajo con cronograma de actividades			X							
		2. Informe de evaluación Plan de Trabajo Ausentismo						X				X
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Supervisar el registro de planilla VALS	1. Informe semestral de seguimiento y monitoreo- (categorización de denuncias, tipo de proceso administrativo, resultados)						X				X
	Promover acceso a prestaciones y beneficios de conciliación vida laboral - familiar	1. Informe cualitativo sobre ocupación de beneficios y prestaciones asociadas a la conciliación vida familiar y laboral										X

	Desarrollar y liderar estrategias para promover la inclusión de personal con discapacidad en el entorno laboral.	Informe de alternativas de estrategias de inclusión.					X					X
		Presentar en comité ejecutivo						x				
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Gestionar y supervisar elaboración procedimiento para gestión ante cambio de puestos de trabajo	Informe proceso de avance y difusión			X			X				
	Reuniones mensuales de coordinación de subdirección con jefaturas de unidades.	Informe de avance de acuerdos y coordinaciones (Resumen de acciones de subdirección)		X			X			X		X
	Coordinar acciones asociadas a Diagnóstico de comunicación efectiva y liderazgo en unidades priorizadas en SDA, SDP y SDM	Informe de resultados de diagnóstico					X					
		Presentar en comité ejecutivo						x				x
	Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos											
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Supervisión de los compromisos suscritos de auditorías administrativas	Reporte de cumplimiento de los compromisos suscritos, validado por auditoría HPL		X				X			X	

3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Elaboración de flujo de procedimientos administrativos HPL.	Reporte de hallazgos identificados en procedimientos administrativos		X											
		Elaboración del flujo de procedimientos administrativos				X									
		Reporte de procedimientos administrativos y su estado						X				X			
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles															
4.1. Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de servicios	Supervisar el cumplimiento de la programación de atenciones de salud personal FONASA a través de SAFU	Informe de cumplimiento de la programación				X									X
	Optimización de los procesos asociados a la disminución de costos (programación y sistema de costeo)	Plan de trabajo		x											
		Presentación en comité ejecutivo				x							x		
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Implementar la planificación del trabajo extraordinario en unidades priorizadas SDA y SDM	Informe semestral unidades planificadas mensualmente según organigrama y estrategias de mejora					X								X
	Supervisar notificación licencias médicas reducidas y/o rechazadas	Informe de LM reducidas o rechazadas con estrategias de mejora					X								X

4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Confección Anexo 1, subtítulo 21, con análisis trimestral según requerimientos	Reporte con gestiones de mejora o regularizaciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Análisis trimestral anexo 1		X			X			X		X

Planes de Acción Gestión y Desarrollo de las Personas

17.3.1 Plan de acción Gestión Desarrollo de las Personas

Objetivo General: 1. Optimizar los procesos de la gestión institucional, promoviendo soluciones a los problemas de salud de los usuarios y usuarias, asegurando el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención sanitaria												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1. Fortalecer y optimizar los modelos y procesos claves de gestión clínica	Apoyar en comunicación interna de los involucrados en el proceso de cambio CR Psiquiatría y SM	Actas de reuniones con equipos				X					X	
1.2 Consolidar la institución como referente en la formación de alumnos de post	Levantamiento de información sobre las especializaciones de profesionales de acuerdo con solicitud de dirección de Hospital como polo de desarrollo.	Reporte de base de datos con profesionales como potenciales formadores										

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Gestionar y supervisar elaboración procedimiento para gestión del cambio ante cambio de puestos de trabajo	Protocolo y resolución		X								
	Reunión de coordinación mensual	Acta de reunión y lista de asistencia		X		X		X		X		X
	Realizar Diagnóstico asociado a comunicación efectiva y liderazgo, unidades priorizadas en SDA y SDM	Reporte de diagnóstico						X				X
	Promover actividades de capacitación que fortalezcan habilidades de liderazgo y trabajo en equipo a jefaturas incluidas en el PAC u otro medio de capacitación	Resolución de Participantes cursos indicados						X				X

17.3.2 Plan de acción Gestión y Control de Personas

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Reunión de coordinación mensual	Acta de reunión y lista de asistencia		X		X		X		X		X
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos												
3.2 Fortalecer procesos de mejora continua y de calidad	Supervisión de auditorías administrativas	Reporte bimestral de las actividades de respuesta a informes de CGR		X		X		X		X		X
Objetivo General: 4. Asegurar el adecuado uso de los recursos del hospital mediante la gestión eficiente de procesos clínicos-administrativos y el establecimiento de controles												
4.2. Optimizar los procesos críticos que impacten el buen uso de los recursos	Coordinar planificación del trabajo extraordinario en unidades priorizadas SDA y SDM	Reporte de unidades planificadas mensualmente según organigrama y análisis de la implementación de la estrategia				X					X	
	Gestionar la notificación licencias médicas reducidas y/o rechazadas	Reporte de LM reducidas o rechazadas cualitativa y cuantitativa				X					X	
4.3 Controlar de manera eficiente los recursos financieros	Confección y validación general subtítulo 21 (anexo 1)	Reporte mensual cuantitativo y cualitativo		x	x	x	x	x	x	x	x	x

17.3.3 Plan de acción Gestión Calidad de Vida Laboral

Objetivo General: 2. Fomentar ambientes laborales saludables y de respeto mutuo, con el fin de mejorar la calidad de vida en el entorno laboral												
Objetivo específico	Actividades	Verificador	Cronograma de ejecución									
			M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2.1 Desarrollar un sistema integral de análisis del ausentismo laboral, promoviendo un cambio cultural y compartiendo información clave con toda la comunidad hospitalaria	Realizar diagnóstico de la situación hospitalaria en temáticas de ausentismo.	1. Informe Diagnóstico		X								
		2. Presentación Comité Ejecutivo			X							
	Elaborar plan de trabajo enmarcado en nuevo protocolo de ausentismo de la DSST	1. Elaboración Plan de trabajo según cronograma de actividades			X							
		2. Informe de evaluación Plan de Trabajo Ausentismo						X				X
2.2 Promover un clima laboral inclusivo y respetuoso mediante la implementación de acciones enfocadas en la conciliación trabajo y familia, así como en la prevención y erradicación del	Monitoreo de denuncias VALS	Reporte VALS		X		X		X		X		
	Brindar acceso a prestaciones y beneficios de conciliación vida laboral - familiar	1. Informe de ocupación cuantitativa sobre ocupación de beneficios y prestaciones asociadas a la conciliación vida familiar y laboral								X		

VALS (violencia, acoso laboral y sexual).	Gestionar Levantamiento del personal contratado en situación de discapacidad	Informe de levantamiento de situación de discapacidad				X						X	
	Participar en mesa de género y estereotipos	Carta Gantt de actividades			X								
		Reporte semestral					X						X
2.3 Mejorar las capacidades de liderazgo en pro de la gestión y eficacia del personal	Reunión de coordinación mensual	Acta de reunión y lista de asistencia		X		X		X		X			X
Objetivo General: 3. Garantizar una atención de salud, segura, digna y de vanguardia impulsándola mejora continua de los procesos, con el propósito de optimizar los recursos clínicos													
3.1 Proporcionar atención oportuna, segura y digna	Promover atenciones de salud personal FONASA a través de SAFU	Reporte de cumplimiento de la programación				X							X

Anexo 18. Planes de Acción Estratégicos

18.1 Plan Auditoría Interna

Código del Trabajo de Auditoría	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Alcance General	Horas de Auditoría
ASEG-1	Objetivo 1: Actividades asociadas a la Integridad 1.1 Aseguramiento a las compras públicas, en base al enfoque de probidad sobre aquellas, relevando los controles asociados a la corrupción y conflictos de interés	Gubernamental (G)	Realizar una evaluación de los riesgos asociados a la probidad y transparencia en los procesos de compras	Hospital Penco Lirquén	90
ASEG-2	Objetivo 1: Actividades asociadas a la Integridad 2.2 Cumplimiento de las instrucciones sobre buen uso de los recursos fiscales	Gubernamental (G)	Verificar el cumplimiento de las instrucciones del Ministerio de Hacienda, en cuanto al Gabinete Presidencial N°1/2023	Hospital Penco Lirquén	350
ASEG-3	<u>Objetivo 2:</u> Evaluación de los Sistemas de Control Interno, ponderando las observaciones y recomendaciones de la Contraloría General de la República y de las Unidades de Auditoría Interna	Gubernamental (G)	Verificar el cumplimiento de la normativa relacionada con el control interno	Hospital Penco Lirquén	90

ASEG-4	Objetivo 3: 2. Aseguramiento sobre el al Proceso de Gestión de Riesgos en el Sector Público	Gubernamental (G)	Proporcionar un aseguramiento razonable al proceso de gestión de riesgos y una adecuada retroalimentación para su mejora continua.	Hospital Penco Lirquén	90
ASEG-5	Objetivo 5: Aseguramiento de las obligaciones del artículo 2º quáter de la Ley N° 21.131, que establece pago a 30 días, en el sector público.	Gubernamental (G)	Evaluar la efectividad de los controles asociados al cumplimiento del art. 2 quater L21131 sobre pago a 30 días	Hospital Penco Lirquén	100
ASEG-6	Objetivo N°6 Realización de actividades asociadas a requerimientos del CAIGG	Gubernamental (G)	Realizar auditorías internas, acciones y actividades que instruya el CAIGG en ejercicio de sus atribuciones	Hospital Penco Lirquén	100
ASEG-7	LEY N° 20.707	Ministerial (M)	Revisar los casos clínicos derivados por la dirección del establecimiento, verificando el adecuado cumplimiento de la normativa vigente	Hospital Penco Lirquén	50
Código del Trabajo de Auditoría	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Alcance General	Horas de Auditoría
ASEG-8	FONDOS FIJOS	Institucional (I)	Incumplimiento de la normativa objeto de revisión	Hospital Penco Lirquén	420
ASEG-9	CASOS CLINICOS	Institucional (I)	Revisar los casos clínicos derivados por la dirección del establecimiento, verificando el adecuado cumplimiento de la normativa vigente	Hospital Penco Lirquén	50

ASEG-10	Pólizas de fidelidad funcionario	Institucional (I)	Verificar la definición de las funciones que deben contar con póliza de fidelidad funcionaria, si se realizan los descuentos respectivos, revisar la vigencia y la pertinencia de los pagos efectuados.	Hospital Penco Lirquén	88
---------	----------------------------------	-------------------	---	------------------------	----

- **Trabajo de Seguimiento**

Código Trabajo de Seguimiento	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Horas de Auditoría
SEG-1	Objetivo 4: Seguimiento de los Hallazgos de mayor criticidad, de carácter recurrente, con compromisos pendientes de implementar	Gubernamental (G)	Verificar el grado de implementación de las medidas comprometidas de las observaciones recurrentes y de alta criticidad 2022, 2023, 2024	16
SEG-2	Objetivo 1.1 c) Seguimiento aseguramiento a las compras públicas 2024	Gubernamental (G)	Realizar una evaluación de los riesgos asociados a la probidad y transparencia en los procesos de compras	16
SEG-3	Objetivo 1.2 b) Seguimiento del Informe de Verificación 2024 y Certificado Anual de 2024 (Cumplimiento de las instrucciones sobre buen uso de los recursos fiscales.)	Gubernamental (G)	Verificar el cumplimiento de las instrucciones del Ministerio de Hacienda, en cuanto al Gabinete Presidencial N°1/2024	24
SEG-4	Objetivo 3.2. c) Seguimiento Aseguramiento al Proceso de Gestión de Riesgos 2024	Gubernamental (G)	Proporcionar un aseguramiento razonable al proceso de gestión de riesgos y una adecuada retroalimentación para su mejora continua.	24

SEG-5	Objetivo 2: c) seguimiento de auditoría COSO 2024	Gubernamental (G)	Evaluar las mejoras de las observaciones suscritas	31
SEG-6	Objetivo 5.c) Seguimiento al Aseguramiento obligaciones del art.2 quater de la Ley N°21.131 sector público (Pronto Pago) 2024.	Gubernamental (G)	Evaluar la efectividad de los controles asociados al cumplimiento del art. 2 quater L21131 sobre pago a 30 días	16
SEG-7	Seguimientos institucionales a los hallazgos de auditoría	Institucional (I)	Realizar seguimiento a los compromisos suscritos pendientes del año anterior	16

- **Trabajo consultoría**

Código trabajo consultoría	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo General del Trabajo de Consultoría	Horas de Auditoría
	No existen para este año 2025			

- **Trabajo Rutinario**

Código Trabajo Rutinario	Nombre del Trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo de Auditoría General del Trabajo	Horas de Auditoría
RUT-1	REUNIONES EQUIPO DE LA RED	Institucional (I)	Coordinar actividades del equipo de auditores	50
RUT-2	Participación en Comités Ejecutivos y Ampliado	Institucional (I)	participar en las reuniones	50
RUT-3	Plan Anual 2026	Gubernamental (G)	Planificación año y modificaciones	50
RUT-4	Requerimientos contraloría por	Institucional (I)	Entregar los antecedentes que solicita la Contraloría,	98

	revisiones y solicitud de antecedentes		para la ejecución de las revisiones	
RUT-5	Comité Nacional de auditoría	Ministerial (M)	Coordinación de equipos de auditoría a nivel nacional	16
RUT-6	Participación en subcomités específicos por macrozona	Ministerial (M)	Coordinación de equipos de auditoría a nivel macrozona	16
RUT-7	Encuentro Nacional de Auditoría	Ministerial (M)	Coordinación de equipos de auditoría a nivel nacional	16
RUT-8	Jornada de trabajo del SAI; SER y otros	Institucional (I)	Reuniones periódicas para coordinar programas y documentos	16
RUT-9	Gestión anual de la evaluación de autogestión	Ministerial (M)	Gestionar mensualmente el indicador de auditoría incorporado en auto gestión	20

- Trabajo por dirección

Código Trabajo Solicitado	Nombre del Trabajo	Clasificación del trabajo	Tipo de Trabajo	Objetivo General de Auditoría	Horas de Auditoría
DIR-1	Contingencias	Aseguramiento	Institucional	Responder a los requerimientos de contingencia	20

18.2 Plan Participación Social y Gestión de la Satisfacción Usuaría en Salud

1. Líneas de acción 2025

- Fortalecimiento de Instancias de Participación: acciones orientadas a consolidar, ampliar y mejorar los espacios formales y no formales en los que la comunidad organizada y los usuarios del sistema de salud pueden expresar sus opiniones, propuestas y preocupaciones, incidiendo activamente en la gestión y mejora continua de los servicios de salud.
- Instancias de fortalecimiento Satisfacción Usuaría: corresponden a los espacios, mecanismos y acciones sistemáticas que permiten recoger, analizar y dar respuesta a la opinión, experiencias y necesidades expresadas por los usuarios y usuarias respecto a la atención recibida en los establecimientos de salud.
- Sistematización de Experiencias de Participación: es un proceso ordenado y reflexivo que permite recopilar, organizar, analizar y documentar las prácticas, aprendizajes y resultados obtenidos a partir de actividades participativas desarrolladas en el ámbito de la salud
- Estrategias comunicacionales y comunitarias: acciones planificadas que buscan fortalecer la relación entre el establecimiento de salud y su comunidad usuaria, a través de mecanismos eficaces de comunicación, difusión y vinculación con los distintos actores sociales del territorio. Estas estrategias tienen como propósito principal informar, educar, sensibilizar y generar confianza en la población, promoviendo una participación activa, oportuna y pertinente en temas relacionados con la salud.

2. Objetivo General

Fortalecer la participación social y mejorar la satisfacción usuaria en el Hospital Penco Lirquén, mediante el desarrollo e implementación de estrategias participativas y comunitarias orientadas a la inclusión, comunicación, que promuevan la corresponsabilidad, la equidad, la calidad de la atención y el respeto por los derechos de las personas.

2.1 Objetivos Específicos

- Fortalecer las instancias formales de participación social (como Consejos Consultivos de Usuarios y mesas territoriales), promoviendo su representatividad, funcionamiento regular y capacidad de incidencia en la gestión del establecimiento.
- Implementar mecanismos sistemáticos para evaluar la satisfacción usuaria, asegurando la retroalimentación continua de las personas usuarias y la incorporación de sus opiniones en los procesos de mejora de la calidad de atención.
- Desarrollar estrategias comunicacionales y comunitarias que favorezcan el acceso oportuno a la información.
- Promover enfoques inclusivos y equitativos en todas las acciones del plan, integrando la perspectiva de discapacidad, interculturalidad, género y diversidad, para garantizar una atención pertinente y respetuosa de la diversidad.
- Sistematizar y documentar experiencias participativas desarrolladas en el establecimiento, con el fin de generar aprendizajes institucionales, visibilizar buenas prácticas y orientar futuras acciones de participación.

3. Cronograma

CRONOGRAMA DE TRABAJO													
Es la calendarización de las actividades a desarrollar para el logro de los objetivos. El nivel de detalle de las actividades podrá ser mensual o inferior y presentadas en una Carta Gantt como la siguiente.													
Estrategia / Componente (Las estrategias o componentes señalados son a modo de ejemplo y/o sugerencia)	Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Fortalecimientos de Instancias de Participación	Asambleas Ampliadas Consejo de Desarrollo			X			X					X	
	Escuela Ciudadana Comunal										X		

	Reuniones Directiva CODE - Dirección Hospital					X						X	
Instancias de fortalecimiento Satisfacción Usuaría.	Comité de Gestión Usuaría			X				X				X	
	Aplicación Encuestas Satisfacción Usuaría MINSAL												
	Reunión con voluntariados Hospital Penco Lirquén.			X				X				X	
Sistematización de Experiencias de Participación	Sistematización Cuenta Pública Participativa gestión 2024.								X				
Estrategias de Inclusión en salud (discapacidad, interculturalidad, género, entre otras).	Difusiones Ley Atención Preferente (funcionarios procesos de inducción y comunidad).			X			X					X	
	Conversatorio Interculturalidad.						X						
	Mesa de Trabajo Pueblos Originarios					x					X		
	Difusión Programa Acompañamiento a la Identidad de Género e Hitos conmemorativos, comunidad funcionaria y usuaria.					X	X					X	
Estrategias comunicacionales y comunitarias.	Difusiones temas de interés en radio comunales, redes sociales, entre otros.		X				X				X		X
	Ferias Informativas											X	





**Hospital
Penco Lirquén**
Servicio Salud Talcahuano

Ministerio de Salud

PLAN ESTRATÉGICO HOSPITAL PENCO LIRQUÉN 2025 - 2028

