

OBJETIVO GENERAL:

Entregar a los comités de Hospital Amigo recomendaciones para generar una instancia de gestión que contribuya en la entrega de una atención de salud comprometida, acogedora y participativa enfocada en satisfacer las necesidades y expectativas de la población usuaria, a través de un trabajo colaborativo entre la comunidad funcionaria y los usuarios y usuarias de la red del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Trabajar colaborativamente con los representantes de cada servicio clínico y/o unidad de los establecimientos de salud, presentado propuestas orientadas a mejorar la satisfacción usuaria.
- Generar instancias de participación, con la comunidad funcionaria y usuaria, que contribuyan al mejoramiento de la satisfacción usuaria.
- Realizar acciones que den cuenta del trabajo del comité de Hospital Amigo, incluyendo a miembros del Consejo de Usuarios.
- Elaborar y mantener actualizado los registros que evidencien el funcionamiento del Comité y las acciones realizadas, incluyendo plan de trabajo, cronograma, actas, listas de asistencia, entre otros.

PRODUCTOS ESPERADOS:

Planificación y ejecución del presupuesto asignado para la realización del Proyecto de Satisfacción Usuaria durante el año 2026.

CONVOCATORIA, DIFUSIÓN Y ELECCIÓN DE LA PROPUESTA:

La convocatoria la realizará cada comité de Hospital Amigo mediante los medios de información y comunicación que estime conveniente para el logro del objetivo. Los proyectos serán elaborados por las unidades y/o servicios clínicos y presentados a los respectivos comités, quienes elegirán las propuestas más adecuadas, las que se expondrán a los representantes de la sociedad civil del consejo local de salud del establecimiento.

Posteriormente, será el/la referente del establecimiento el/la encargado/a de presentar el proyecto seleccionado al Subdepartamento de OIRS y Satisfacción Usuaria del Servicio de Salud, quien podrá hacer observaciones que garanticen la pertinencia en el uso de los recursos, necesidades detectadas y cumplimiento de las medidas de Hospital Amigo.

CICLO DEL PROYECTO.

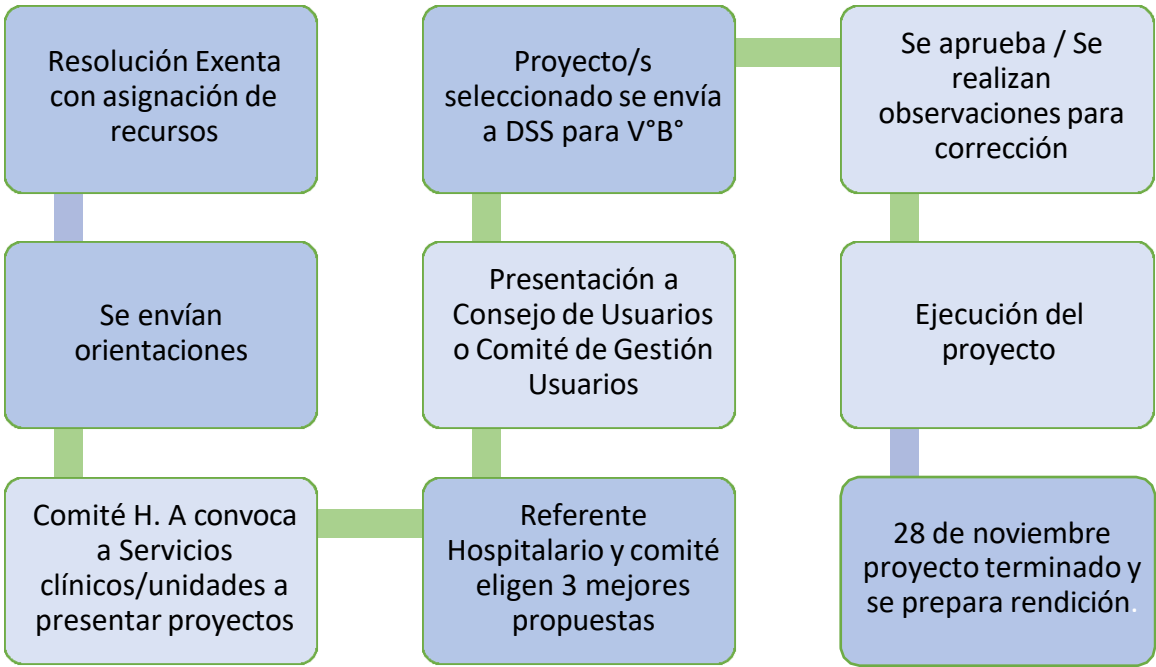


Figura N°1. Elaboración propia.

Para la elaboración de estas iniciativas se deberá obligatoriamente utilizar el formato tipo proporcionado por la Dirección del Servicio de Salud, incluido en estas orientaciones⁵.

Durante el desarrollo de las acciones o iniciativas, se deberá dar a conocer a través de los medios de difusión local, el proyecto seleccionado y su estado de avance. Todo material de difusión deberá contener el logo de Hospital Amigo y los logos institucionales correspondientes.

PANEL Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Panel de evaluación

En cada establecimiento se conformará un panel evaluador que estará constituido por el Comité Hospital Amigo del establecimiento hospitalario y a lo menos dos (2) representantes del consejo local de usuarios.

Será responsabilidad del Panel Evaluador realizar un análisis de admisibilidad, la evaluación y selección del proyecto a presentar ante el Servicio de Salud, debiendo para su efecto levantar acta⁶ de la o las iniciativas seleccionadas.

Se sugiere que el comité de Hospital Amigo, en el marco del proyecto de satisfacción usuaria, sesione a lo menos tres veces en un periodo de un año calendario y que en estas instancias hagan partícipes a los representantes del consejo de usuarios.

⁵ Anexo N°1

⁶ Anexo N°2

- Criterios de evaluación

Para la realización de proceso de evaluación se deberá tener presente los criterios de impacto en la satisfacción usuaria, que la iniciativa se encuentre alineada con las medidas de la estrategia Hospital Amigo y que sea financiable a través de subtitulo 22.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

El proyecto se financiará con los recursos asignados por Hospital Amigo y será responsabilidad del Referente Hospitalario dar cumplimiento con el plan de gasto presentado en el proyecto. Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud de acuerdo con el marco presupuestario. En aquellos establecimientos que presentaron una deficiente ejecución presupuestaria año 2025, o que no dan cumplimiento a las medidas de la estrategia Hospital Amigo, se disminuirá el recurso asignado para el año 2026.

RENDICIÓN

La entrega de la rendición del presupuesto asignado tendrá como fecha límite el día 31 de diciembre 2026⁷.

⁷ Anexo N°3

LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO
ANEXO N°1

FORMULARIO PROYECTO HOSPITAL AMIGO 2025

I. IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE			
RUT INSTITUCIONAL			
DIRECCIÓN		COMUNA	
NOMBRE DIRECTOR			
NOMBRE REFERENTE		ANEXO	
CORREO ELECTRÓNICO			

IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ HOSPITAL AMIGO:

NOMBRE FUNCIONARIO	CARGO

IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO LOCAL DE SALUD PARTICIPANTES EN ELECCIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE	CARGO

RECURSOS FINANCIEROS:

ASIGNADOS AÑO 2025	EJECUTADOS AÑO 2026

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE ORIENTACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO:

En mi calidad de Referente de Hospital Amigo, declaro conocer las orientaciones para la elaboración del proyecto de Satisfacción Usuaría “Hospital Amigo”, así como su carácter participativo.

NOMBRE Y FIRMA
REFERENTE HOSPITAL AMIGO

II. NOMBRE DEL PROYECTO O INICIATIVA:

III. OBJETIVO GENERAL:

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

V. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO:

Se refiere al por qué es importante llevar a cabo esta iniciativa.

VI. DESCRIPCIÓN DE LA INICIATIVA

Breve relato de las actividades a realizar, distribución de actividades necesarias para el cumplimiento del objetivo.

Por ejemplo: para dar cumplimiento al componente participativo del proyecto Hospital Amigo, se realizarán tres reuniones con el Consejo Local, donde en conjunto se evaluarán las iniciativas presentadas por los servicios clínicos o unidades y evaluadas por el comité de Hospital Amigo.

LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO

VII. PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.

ACCIONES/ACTIVIDADES	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV

VIII. RESULTADOS ESPERADOS EN MATERIA DE SATISFACCIÓN USUARIA

IX. POBLACIÓN BENEFICIARIA

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS

X. GASTOS ASOCIADOS A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TOTAL PRESUPUESTO A EJECUTAR			



LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO
ANEXO N°2



 ACTA PROYECTO HOSPITAL AMIGO 			
Fecha		Número de Asistentes	
Lugar de reunión		Establecimiento	
Objetivo reunión			
Asistentes			
Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
PRINCIPALES ACUERDOS/ OBSERVACIONES/BRECHAS DETECTADAS			

LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO
NOMINA DE PROYECTOS PRESENTADOS POR LOS SERVICIOS CLÍNICOS O UNIDADES

Nombre proyecto				
Servicio clínico/Unidad				
Cumple con alguna medida de hospital amigo	SI		NO	
Financiable con subtítulo 22	SI		NO	
Recursos solicitados	\$			
Contribuye a mejorar la satisfacción usuaria	SI		NO	
Observaciones:				
Seleccionado	SI		NO	

Nombre proyecto				
Servicio clínico/Unidad				
Cumple con alguna medida de hospital amigo	SI		NO	
Financiable con subtítulo 22	SI		NO	
Recursos solicitados	\$			
Contribuye a mejorar la satisfacción usuaria	SI		NO	
Observaciones:				
Seleccionado	SI		NO	



LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO
ANEXO N°3

RENDICIÓN FINANCIERA PROYECTO DE SATISFACCIÓN USUARIA AÑO 2025

ANTECEDENTES GENERALES:

Servicio de Salud	
Establecimiento	
Nombre del Proyecto	
Nombre referente	

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES SEGÚN PLANIFICACIÓN PRESENTADA EN PROYECTO:

ACCIONES/ACTIVIDADES	MAY		JUN		JUL		AGO		SEPT		OCT		NOV	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

PRESUPUESTO

Recursos	Monto \$
Asignados	
Ejecutados	
Rendidos	
Observaciones:	

DETALLE ⁸	CANTIDAD	VALOR UNITARIO \$	VALOR TOTAL \$
TOTAL PRESUPUESTO EJECUTADO			\$

⁸ Adjuntar copia de facturas en formato pdf.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Adjuntar registro fotográfico del producto o resultado.



LÍNEA PROGRAMÁTICA HOSPITAL AMIGO ANEXO N°3

