PLAN ESTRATEGICO
INSTITUTO TRAUMATOLOGICO

AÑOS 2018 - 2021

"La Gestión la hacemos todos"

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Palabras del Director	3
El Instituto Traumatologico en sus 80 años	4
Nuestro Plan	4
Valores, Misión, Visión	5-6
Objetivo del Proceso del Plan Estratégico	6
Objetivos Sanitarios 2011-2020	7
Fortalezas y Debilidades	8-9
Analisis interno-externo	8
Oportunidades y Amenazas	9
Lineamientos Estratégicos para el Plan Estratégico 2018-2021	9-10-11
1.- Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la mejora continua de la calidad y la eficiencia	10
2.- Brindar un servicio de excelencia en alta complejidad centrado las actividades en el usuario y en la comunidad	10
3.- Desarrollo de una Política integral de Recursos Humanos	10
4.- Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información	10
5.- Consolidación con la Red	11
Políticas Institucionales	12
Política y Plan de acción de Recursos Humanos	12-13-14
Política de Ingreso	13
Política de Gestión del Desempeño	13
Política de Formación y Capacitación	13
Política de Desarrollo de la carrera	13
Política de Calidad de Vida Laboral	13
Clima laboral y Riesgos psicosociales	14
Salud de los funcionarios- Buen Trato	14
Política y Plan de Acción de Mejoramiento de los índices de Satisfacción Usuaria	15
Plan de gestión clínica y administrativa	16
Política de Calidad	16
Procedimiento de Recaudación de Ingresos de Operación y otros Ingresos	17
Sistema de Planificación y Control de Gestión	17
Política y Plan de Acción de Gestión Financiero Contable y Presupuestaria	18
Plan de Actividades de Auditoria Interna	18
Política del Medio Ambiente	19
Política de Equipamiento e Infraestructura	20
Mapa Estratégico del Instituto Traumatologico	21
Evaluación de la Planificación	22
Conclusiones	23
Anexo 1 : Nomina de funcionarios que participaron en el proceso del Plan Estratégico 2018-2021	24
Anexo 2 : Nomina de funcionarios que asistieron al Taller de Planificación Estratégica de Noviembre año 2017	24
Anexo 3 : Metas Anuales del Plan Estratégico años 2018-2021	26-41

PALABRAS DEL DIRECTOR

El Instituto Traumatologico ha diseñado su nuevo Plan Estratégico para los años **2018-2021** para fortalecer los logros obtenidos, pero también para abordar las dificultades que han surgido en el acontecer institucional los últimos años, tanto en su organización interna como en cuestiones inherentes a la Red asistencial.

El Instituto Traumatologico intenta organizar por procesos tanto su modelo de gestión como el de atención, apuntando a la gestión por resultados, ubicando en el centro de la escena al usuario. También surgen dificultades en un aspecto de la naturaleza de la propia Institución que es el hecho de ser un hospital en Red. No hay hábito cultural en los hospitales de la Red, ni en los profesionales de la salud trabajar en Red, y resulta un esfuerzo diario apuntalar ese hábito, lo que contribuye a la falta de camas en la Red y una integración que aún no es plena entre los hospitales.

Este Plan Estratégico elaborado contó con la participación de los diferentes estamentos de nuestra Institución. Se organizó un taller de capacitación en noviembre del año 2017, para el desarrollo del análisis interno y externo, revisión de Objetivos Estratégicos y Políticas institucionales, el que contó con la participación de 27 funcionarios, entre ellos Jefaturas, profesionales, personal técnico, administrativo y auxiliar.

Una vez terminado dicho taller la Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo recopiló la información del taller entregada por el profesor, revisó las nuevas Políticas y Objetivos estratégicos, lineamientos del Minsal, con el fin de elaborar este nuevo documento. Basándose de igual manera en las Orientaciones para la elaboración de Planes Estratégicos para los hospitales Auto gestionados de abril 2016, que se ha tomado como guía y de igual forma el Instrumento de Autoevaluación de Autogestión con sus indicadores del cuadro de mando integral (BSC), Compromisos de gestión, Metas sanitarias, y otros compromisos institucionales.

Agradezco a todos quienes aportaron en este proceso, destinando tiempo y esfuerzos, en particular a todos los funcionarios que asistieron al taller de capacitación, que con su entusiasmo y espíritu de colaboración aportaron a la elaboración del nuevo Plan Estratégico.

RICARDO LOPEZ RIVERA
INGENIERO COMERCIAL
DIRECTOR (S)

El Instituto Traumatológico en sus 80 años.

El Plan Estratégico Hospitalario (PE) expresa nuestra identidad, de dónde venimos y hacia dónde vamos. También están aquí las principales decisiones, las que marcan el rumbo y condicionan a otras decisiones que tomaremos cotidianamente. Es uno de los principales instrumentos de la gestión y estamos convencidos de hacerlo entre todos.
El nuevo Plan estratégico para el período 2018-2021 contiene todo el aprendizaje de las primeras Planificaciones Estratégicas. Se nutre de otros insumos, en tanto ahora existen problemas propios del funcionamiento de cualquier organización que al principio no existían. Principalmente han cambiado nuestros desafíos, ya que antes teníamos que poner en marcha y demostrar que podíamos, y hoy tenemos que mantener lo que hemos logrado y superarnos aún más, para demostrar que queremos ser un establecimiento de mayor complejidad. Sabemos que estamos en una Institución que hoy tiene prestigio, pero también nos reconocemos en una misión que nos implica nuevos desafíos y mayor compromiso. Cuenta con indicadores y metas bien definidas, y tiene una línea de base que va a darnos una medida desde dónde habremos partido, para saber qué trayecto habremos hecho y hasta dónde habremos llegado. Este mayor rigor metodológico nos va a permitir trasladar mucho mejor los objetivos estratégicos a cada Plan Anual y Metas de la Planificación Estratégica.
El Plan se desarrolla en tres ejes: perspectiva de usuarios, perspectiva de procesos internos, y Compromiso, motivación y eficiencia del Recursos Humano. Estos desafíos estratégicos basados en el Modelo RISS.
En el caso de la gestión interna, la implementación de una gestión por procesos es el desafío que apela a nuestra capacidad para generar una nueva cultura del compromiso, el cambio y la mejora continua. Es hacia ese cambio cultural que debe estar orientado el conjunto de nuestros incentivos. Buscamos una cultura de trabajo que nos haga protagonistas por nuestra conciencia alcanzada y por nuestros valores y creencias. Como resultado la motivación a trabajar en equipo es la única manera de superar los problemas departamentales que requieren de un abordaje y de una visión conjunta de todos los trabajadores que se vean implicados por los diferentes problemas de la organización. Por lo que el nuevo concepto es que los verdaderos expertos son los trabajadores que intervienen en cada proceso, de modo que las capacidades más valiosas están en sus propios empleados.

Nuestro Plan

El Instituto Traumatologico ha diseñado su cuarta versión del Plan Estratégico (PE) para el período comprendido entre los años 2018 -2021. Este ejercicio de carácter colectivo se realiza desde el año 2009, dando cuenta de un proceso de continua revisión y búsqueda de mejoras, que permite la generación de espacios de encuentro para planificar el futuro.
En esta cuarta versión nuestra Institución ha diseñado su nuevo Plan Estratégico para fortalecer los logros obtenidos, pero también para abordar las dificultades que han surgido en el acontecer institucional, tanto en su organización interna como en asuntos inherentes a la Red. La organización interna del Instituto presenta ciertas diferencias: es un establecimiento Acreditado como prestador institucional de Atención cerrada del año 2016, es un establecimiento Autogestionado en Redes de Salud del año 2006 a la fecha, intenta organizar por procesos tanto su modelo de gestión como el de atención, apuntando a la gestión por resultados, siendo su eje principal el Usuario.
También surgen dificultades como es el hecho de ser un hospital en Red, inserto en la Red Occidente, aumentando las Lista de espera de consulta nueva de especialidad y Lista de espera Quirúrgica, no dando satisfacción a las necesidades de los usuarios al no disponer de mayor infraestructura, RRHH y Equipamiento. La patología Traumatológica y Ortopédica ocupa el 2° lugar de Listas de espera en Consulta nueva de especialidad y Lista de espera Quirúrgica a nivel país, los Adultos Mayores han aumentado a un 33% del total de las atenciones, nuestro país cada día es más longevo, siendo además Centro de derivación de Nacional de Osteosarcoma en personas mayores de 15 años y

más.
Atiende al 27% de pacientes que son fuera de la Red Occidente, lo que ha aumentado las Listas de esperas los últimos 5 años.
En, Chile la Ley 19.666 establece que todo ciudadano tiene derecho a cuatro garantías explicitas en Salud: Acceso, Oportunidad, Protección financiera y Calidad.
El Instituto Traumatologico, ha dado por cumplida la garantía de Calidad logrando ser un Hospital Acreditado en Calidad en junio de 2016 (Acreditación de prestadores Institucionales de Atención cerrada).
Luego de un Taller de capacitación realizado entre el 21 al 28 de noviembre 2017, donde asistieron funcionarios de diferentes estamentos de la Institución (técnicos, auxiliares, administrativos, profesionales y directivos) , se presentan resultados de manera coherente y sistematizada de las prioridades de desarrollo de la Institución para los próximos cuatro años.

A continuación se presentan los Valores que sostienen la Planificación Estratégica de la Institución, la Misión de la Institución, y la Visión que guía el accionar del establecimiento, el Mapa Estratégico como EAR. Posteriormente se enuncian los cuatro objetivos estratégicos, los cuales despliegan una serie de prácticas y ámbitos de acción, facilitando el análisis respecto a la implementación de las estrategias definidas.
Finalmente se presenta el desarrollo esquemático de las Metas de la Planificación Estratégica, su descripción, sus objetivos y sus indicadores.

Todo lo anterior, da cuenta de una herramienta que permite identificar los principales desafíos institucionales hasta el año 2021.
Que la necesidad de cumplir con las exigencias legales de la Autogestión hospitalaria y para un adecuado cumplimiento de la misión y logro de la visión del establecimiento.
Que, se ha dado término al periodo comprendido en la Planificación Estratégica del Instituto Traumatologico, años 2014-2017.

Valores, Misión y Visión

Visión

El Establecimiento ratifica su Visión al que se proyecta hasta el año 2021 con la siguiente declaración:

Aspiramos a ser reconocidos como una Institución de excelencia de Alta complejidad, Referente en Red a nivel Nacional, seguro para sus pacientes, visitantes, funcionarios y medio ambiente, con alta calificación de sus funcionarios y con alto grado de trabajo en equipo, con una infraestructura normalizada y con tecnología de punta en constante incorporación.

Misión

El Instituto Traumatológico es un hospital público especializado en Ortopedia y Traumatología de adultos, de carácter docente asistencial y centro de referencia nacional.	Misión asistencial es diagnosticar y tratar a personas con afecciones del sistema osteoarticular y muscular, con el fin de lograr su más pronta recuperación, rehabilitación funcional y reinserción social, mediante una atención personalizada y humana, en un clima laboral agradable y de respeto mutuo.
Misión como centro de referencia: orientar a autoridades y otras personas relevantes, para la prevención de las patologías osteoarticular y muscular y para la organización de la atención de la especialidad en el país.	Misión en el aspecto académico: participar en la formación de especialistas en nuestro campo y producir información científica de buena calidad para el desarrollo de la especialidad.

Valores

Los valores son el conjunto de principios y aspectos culturales que rigen el comportamiento del Instituto y que intentan, ordenar el sentido del accionar institucional.

Honestidad: Probidad, rectitud y honradez. Valoramos la Integridad, transparencia y verdad en todas nuestras acciones.
Responsabilidad: Valoramos el trabajo profesional, competente, asumiendo la responsabilidad por nuestras palabras y acciones y asegurando la confidencialidad y privacidad
Justicia: Equidad, imparcialidad, tolerancia y verdad. Valoramos los logros, aportes y derechos de nuestro personal y de nuestros usuarios y actuamos en consecuencia.
Solidaridad: Valoramos la dedicación especial para las personas más vulnerables y débiles que necesitan nuestros servicios.
Mejora continua: la excelencia no es un punto fijo: una vez que se la alcanza hay que trabajar para mejorarla continuamente.

OBJETIVO DEL PROCESO DEL PLAN ESTRATÉGICO

El actual Plan de Estratégico, se orienta, a los temas estratégicos contemplados en el instrumento de evaluación elaborado, en base a la herramienta Balance Score Card, de acuerdo a las orientaciones del Ministerio de Salud para todos los establecimientos Autogestionado del país. Estos temas estratégicos son: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia operacional, Gestión clínica y Excelencia de la atención que, deben estar relacionados con las cuatro Perspectivas definidas en este modelo: Usuarios; Financiera; Procesos Internos; y Aprendizaje y desarrollo.
Este proceso es posible, sólo si, se enfocan los esfuerzos al logro de los Objetivos Estratégicos, relacionados con el mejoramiento de la Satisfacción Usuaria, Calidad y seguridad del paciente y cumplimiento de las Garantías Explícitas en las patologías GES.

No obstante, el Plan Estratégico, siendo una herramienta ventajosa para la organización, no garantiza el éxito de ésta por sí sola, ya que, si su realización y desarrollo es inadecuado y no se incorporan las voluntades y la disposición de trabajo, sólo se convertirá en un documento que forme parte del archivo. La organización se compone de mucho más que un proceso de Planificación y son, por lo tanto, muchos otros factores, los que están involucrados en su éxito.

Objetivo General

Generar una visión estratégica, que nos permita avanzar hacia una gestión comprometida con los resultados, traducido en políticas propias que contemple los ámbitos de: Satisfacción Usuaria, Gestión Clínica, Gestión Administrativa, Gestión Financiera y Recursos Humanos con el fin de materializar la Misión y Visión del Instituto Traumatológico.

Objetivos Sanitarios 2011-2020

Mejorar la salud de la población	Disminuir las desigualdades en salud
Aumentar la satisfacción de la población	Asegurar la calidad de las intervenciones Sanitarias

Alineados con los 4 desafíos a nivel de la Red Occidente:

1. Que nadie en nuestra red de salud se sienta mal tratado.
2. Que nadie tenga que llegar al consultorio a las 5 am para pedir una hora con el médico
3. Que nadie tenga que esperar más de 12 horas en una urgencia para ser hospitalizado
4. Que nadie tenga que esperar más de 6 meses por una atención de especialista.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Las fortalezas y debilidades son la síntesis de los elementos clave de diagnóstico interno que condicionan el quehacer del Instituto. Cabe recordar que son variables que están bajo el control de la Dirección del Instituto.
Las fortalezas son variables de control de la Dirección que facilitan el logro de la misión institucional, mientras que las debilidades son variables de control de la Dirección que dificultan su cumplimiento.

Análisis interno- externo

Fortalezas

- Establecimiento Autogestionado en Redes de Salud desde el año 2006 a la fecha.
- Prestador de Institucional de Salud Acreditado el año 2016.
- Ser referente nacional de la patología de Osteosarcoma en personas de 15 años y más.
- Posee especialistas altamente capacitados.
- Otros Profesionales de la Salud altamente capacitados en la Atención del paciente.
- Centro de formación de especialistas tanto de la parte médica, como de otros profesionales de la Salud.
- Poseer una Unidad de Kinesiterapia altamente capacitada y especializada.
- Alto rendimiento de Pabellones Quirurgicos, sin capacidad ociosa.
- Se rige por a través de Normas y Protocolos de Atención.
- Posicionamiento como una Institución de prestigio a nivel de la Red Asistencial.
- Ubicación geográfica del Instituto (mejor conectividad).
- Hospital verde.
- Capacitación permanente a los funcionarios.

Debilidades

- Presupuesto asignado por el Servicio de Salud inferior a los requerimientos institucionales, no consideran gastos reales.
- Deuda hospitalaria.
- Infraestructura no cumple con todos los requerimientos de personas con Discapacidad.
- Infraestructura insuficiente para dar respuesta a la demanda.
- Falta de Unidad de Cuidados de pacientes críticos.
- Demanda tecnológica no acorde a los recursos existentes. Precariedad de los equipos.
- Equipamiento insuficiente para TIC.
- Brechas del Recurso Humano a nivel institucional: falta de profesionales y técnicos.
- Dotación insuficiente para la carga asistencial.
- Falta de otros médicos especialistas como: infectologo, internista, cardiólogo, Geriatra.
- Alta rotación de personal técnico en pabellón quirúrgico, por la carga asistencial de 12 horas diarias.
- Brechas de Equipamiento Clínico como Equipamiento Administrativo.
- Mala percepción de los usuarios en temas de Trato.

Oportunidades y Amenazas

Las oportunidades y amenazas son las síntesis de los elementos clave de escenarios que condicionan el quehacer de la Institución. Cabe recordar que estas corresponden a variables que no están bajo el control de la Dirección del establecimiento.
Las oportunidades son variables exógenas que facilitan el logro de la misión institucional, mientras que las amenazas son variables exógenas que dificultan su cumplimiento.

Oportunidades

- Políticas públicas en Salud, nos exige más el usuario, mayor recursos e interés.
- Énfasis político en Salud.
- Inexistencia de competidores u otros referentes en materia del IT.
- Acceso a las Tics.
- Nuevo HFB disminuirá demanda de consultas de urgencia, permitirá Eventualmente utilización de infraestructura del Hospital Metropolitano y permitirá la disminución de la lista de espera (Quirurgica y de consulta nueva).
- Fondos concursables para proyectos ya sea de recursos públicos o privados.
- Población más informada y preparada para asumir estilos de vida saludable.
- Existencia permanente en el mercado de mejores tecnologías para atención de pacientes.

Amenazas

- No existe continuidad de las políticas en Salud al cambio de un gobierno.
- Migración conlleva aumento de la demanda e inclusión.
- Aumento expectativas sociales respecto de atención en Salud.
- Estructura financiera deficitaria.
- Nuevo HFBC podría implicar éxodo de funcionarios.
- Judicialización de la medicina.
- Aumento de requerimientos de los organismos fiscalizadores.
- Los establecimientos de Salud privada ofrecen a los médicos especialistas de traumatología mejores sueldos.
- Aumento de demanda por envejecimiento de la población.
- Aumento de la población adulto mayor, mala calidad de vida del adulto mayor.
- Aumento de las listas de espera, ya que existe solo esta Institución a nivel nacional para cubrir las necesidades de la población.
- Aumento de la población migrante.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA EL PLAN ESTRATÉGICO 2018 – 2021.

Los lineamientos estratégicos son los postulados fundamentales que plasman los principales aspectos de la estrategia del establecimiento

El conjunto de Lineamientos del Plan estratégico combina apuestas dirigidas a lograr procesos de incidencia directa en los usuarios, actuales o potenciales, y otras dirigidas a desarrollar o fortalecer capacidades institucionales que hagan del Instituto Traumatologico una Organización de excelencia.

1. Desarrollo de la alta complejidad orientado a la mejora continua de la calidad y eficiencia	2. Brindar un servicio de excelencia en alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad
3. Desarrollo de una Política integral de Recursos humanos	4. Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información
5. Consolidación con la RED	

1.- Desarrollo de la Alta Complejidad Orientado a la Mejora Continua de la Calidad y la Eficiencia

Esta apuesta está orientada a permitir que la organización se dirija hacia la Calidad total, en un marco de relaciones favorables con el entorno del establecimiento. Pretende garantizar la Satisfacción Usuaria, considerada como pilar de los servicios de salud entregados.
La Satisfacción Usuaria como una dimensión de la Calidad, se constituye en una Línea estratégica priorizada en la atención de salud de las personas.

Se propone establecer la Gestión por procesos en las actividades clínicas y administrativas de la Institución y diseñar los programas y servicios bajo el concepto de calidad, así como gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales.
Foco prioritario en la Alta Complejidad, Es necesario fortalecer y mejorar la Atención en la UEH, gestionar eficientemente el uso de camas críticas, mejorar la coordinación y la eficiencia con la entrega de resultados con los servicios de apoyo clínicos (externos Resonancia magnética nuclear)

2.- **Brindar un servicio de excelencia en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad**

Este lineamiento persigue el mejoramiento continuo de los índices de Satisfacción Usuaria, mejorando la calidad de la atención, teniendo como fuente de información la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria, aplicación usuario incógnito, evaluación según ley Nº 20.584 deberes y derechos de las personas (identificación del personal, existencia de Reglamento interno, existencia de procedimiento interno de Gestión de reclamos) que permitan obtener información relevante para establecer los índices de Satisfacción Usuaria, debilidades y fortalezas de la atención que permitan responder a las expectativas razonables de los usuarios de acuerdo a los recursos disponibles.
Se continuará con la implementación y difusión de los protocolos de atención en la Institución, seguiremos reforzando distintas instancias como los diálogos ciudadanos, cuentas publicas participativas, consejo consultivo, continuar con el cumplimiento de las medidas de Hospital Amigo.
A través de jornadas de sensibilización a funcionarios del establecimiento destacaremos las leyes de Antidiscriminación y Deberes y Derechos de los pacientes, contribuyendo a tener una sociedad más inclusiva, democrática y pluralista.

3.- Desarrollo de una Política integral de Recursos humanos

La definición y desarrollo de la política de Recursos humanos debe incorporar herramientas y elementos que favorezcan el desarrollo de mejoras en la gestión de los mismos y que contribuyan a mantener un buen Clima laboral.
Algunos aspectos específicos a desarrollar dentro de los programas previstos comprenderán la disminución del grado de extensión de la jornada de los funcionarios, disminuir el índice de ausentismo por licencia médica curativa, promover el diseño de un Plan de Salud ocupacional, el cual permita estandarizar el accionar de Salud ocupacional y Prevención de riesgos, implementar a través del examen preventivo EMPA en funcionarios, acciones de promoción, prevención y detección precoz de patologías comunes y crónicas degenerativas, así como estimular la adopción de hábitos de vida y trabajo saludable.
A su vez, la promoción de actividades vinculadas a perfeccionamiento, fundamental para el desarrollo profesional y la motivación del personal.

4.- **Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información**

Esta apuesta hacia la gestión de los procesos clínicos y de apoyo se basará en el modelo de Atención progresiva: Camas de cuidados básicos y camas de cuidados medios. La implementación de un modelo de gestión clínica pretende lograr la implicancia en la gestión de quiénes toman las decisiones clínicas, que son las principales decisiones e involucran la mayoría de los costos de la organización.

Algunos aspectos específicos a desarrollar dentro de los programas para alcanzar dichos resultados son disminuir los pacientes categorizados según riesgo dependencia en hospitalizados D2D3, disminuir el proceso de hospitalización por la Unidad de emergencia antes de las 12 horas, mantener el horario de uso diario de pabellones electivos en trabajo, disminuir las suspensiones quirúrgicas en tabla quirúrgica publicada, aumentar el porcentaje de pacientes categorizados en la Unidad de emergencia aplicando la escala C1-C5, incrementar el porcentaje del gasto de farmacia realizado a través de CENABAST o compra centralizada, consolidar la implementación del nuevo Modelo de gestión de la Ley de Urgencia, disminuir el número de pacientes hospitalizados derivados por UGCC al sistema privado, disminuir la lista de espera quirúrgica , reducir el tiempo de espera por consulta nueva de especialidad , acreditarse en el programa de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), Reacreditarse como prestador institucional de Atención cerrada, continuar como Establecimiento Autogestionado en Redes de Salud.

5.- Consolidación con la Red

Mejorar la participación y rol del Instituto Traumatologico en las RISS.
La Reforma de Salud, que ya cumplió 12 años de implementación, estableció como estrategia de atención un modelo en Red. La Red constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que requieren vincularse, y sus características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez. Los conceptos que rigen un sistema de redes son: lenguaje común, reglas determinadas, información relevante, coordinación y calidad.
La Red en salud, se define como conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso salud enfermedad, que interactúan coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales. El vínculo generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer. La intención del trabajo en Red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar en forma complementaria una mayor capacidad resolutiva, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Abordar así uno de los atributos esenciales de las RISS que es la existencia de mecanismos de coordinación a lo largo de todo el continuo de los servicios sanitarios. El Instituto Traumatologico está inserto en la Red del Servicio de Salud Occidente, por esto se propone hacer un plan cooperativo de funcionamiento consensuado y protocolizado para lograr un mejor sistema de referencia y contra referencia.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Las políticas institucionales son directrices generales o específicas, y definen las formas y prácticas administrativas que orientan y fomentan las acciones que llevarán a la organización a alcanzar las metas, estas deberán ser concordantes con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, y entrega el marco de acción.

Las políticas deben ser comunicadas y comprendidas por toda la organización y, sus Jefes y el nivel directivo velar por el cumplimiento de éstas.

Política y Plan de acción de Recursos Humanos

La Política de Desarrollo de las personas del Instituto Traumatologico, se fundamenta en la Política de Desarrollo de las personas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
De acuerdo a la Dotación asignada al Instituto Traumatologico, con el fin de satisfacer las necesidades de Salud de la población a su cargo, competente y comprometida con los objetivos sanitarios de la Institución y de la Red a la cual pertenece, a través del establecimiento de condiciones laborales que favorezcan su desarrollo integral y el uso eficiente de los recursos financieros y técnicos; ésta crea valor a la gestión organizacional y contribuye al desarrollo de las personas en coherencia con sus prioridades estratégicas, permitiendo alinear los objetivos organizacionales y el desempeño de las personas.

Sus principales ejes específicos serán los de:

Política de Ingreso

A.- Reclutamiento y selección.
Los procesos de reclutamiento y selección se efectuarán sobre la base de criterios técnicos, objetivos e informados, considerando procedimientos validados de evaluación técnica y psicológica que permitan proveer los cargos según los perfiles definidos, otorgando igualdad de oportunidad de ingreso para los postulantes y generando alternativas que permitan a la Institución elegir a los mejores candidatos

B.- Inducción.
Es la instancia en que las personas conocen su rol, su aporte a la organización y como se traduce su accionar en la entrega de mejores servicios a la población, aumentando su satisfacción y generando valor público.
De este modo, mediante los programas de inducción se busca facilitar a los nuevos funcionarios en su proceso de integración a la cultura organizacional. Como Instituto Traumatológico, consideramos que el hacernos responsable de este Proceso de Inducción, forma parte de una gestión estratégica de personas, cuya adecuada planificación e implementación permitirá contribuir positivamente en la adaptación y desempeño de las personas a las mismas.

Dado lo anterior, resulta inexorable que los funcionarios que se integran año a año a nuestra institución cuenten con la información actualizada respecto a lo que somos y lo que pretendemos ser como organización; considerando que un personal alineado a la situación actual de una institución ayuda a la consecución de los objetivos estratégicos y sociales que ostenta en este caso el Instituto Traumatológico.

Política de Gestión del Desempeño

El desempeño laboral de las personas será evaluado por medio de un proceso de calificaciones basado en los planes y programas institucionales, obteniendo de ellos compromisos individuales y de mejoramiento colectivo. El Instituto concibe la Gestión del Desempeño individual como un proceso continuo que busca el mejoramiento del desempeño de las personas, al servicio de los objetivos estratégicos y de mejoramiento personal.

Política de Formación y Capacitación

La Gestión de Capacitación contribuye al desarrollo de los/las funcionarios/as permitiéndoles la obtención y/o el perfeccionamiento de sus competencias y habilidades para mejorar su desempeño actual y futuro, apoyando el cumplimiento de la función pública y los resultados esperados.

El Instituto Traumatológico en conjunto con el Servicio de Salud, han creado mecanismos para poder facilitar la realización de un conjunto sistemático de actividades de capacitación, coincidiendo en un Programa Anual de Capacitación (PAC) el que se origina a través de un proceso de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), orientado a identificar los temas más relevantes y contingentes necesarios de ser abordados por el personal.

Según Lineamientos Estratégicos pilares enviados desde el Ministerio de Salud para la elaboración del Plan Anual de Capacitación, estos tiene como objetivo contribuir al desarrollo de las capacidades y competencias laborales transversales para los establecimientos de salud del país, cubriendo los desafíos y objetivos sectoriales, en al menos una actividad de capacitación pertinente de los 9 ejes estratégicos:
Fortalecimiento del Régimen de Garantías en Salud,
Modelo de atención y Gestión en Red Asistencial,
Mejoramiento de la Calidad de atención
Mejoramiento del Trato al Usuario,
Desarrollo de la Gestión Administrativa,
Desarrollo de la Gestión Física,
Desarrollo de la Gestión Financiera.
Tics

Política de Desarrollo de la carrera

La Institución contribuye al desarrollo de las personas, estableciendo planes y programas que tiendan a facilitar el desarrollo de carrera y la movilidad de los funcionarios en la Institución, posibilitando su crecimiento y desarrollo laboral.
Para los cargos relativos a la carrera funcionaria se efectúan los concursos de promoción interna o ascensos, según corresponda, con apego estricto a la normativa vigente y en virtud a la programación, necesidades y recursos del servicio.

Política de Calidad de Vida Laboral

El Servicio de Salud en coordinación con los Hospitales de la Red Occidente ha promovido el buen clima laboral, generar condiciones que promuevan la calidad de vida en el trabajo, favoreciendo un clima de respeto, buen trato y libre de todo tipo de discriminación.
Considera prioritario proyectar entornos laborales saludables y que resguarden la dignidad y cuidado de todas las personas que se desempeñan en la Institución, independiente de su calidad contractual, estamentos y funciones; la promoción del buen clima laboral es también una responsabilidad compartida por todas las personas.
Favorecerá el mejoramiento de la calidad de vida de todos los integrantes de la Institución, desde una perspectiva integral, a través de planes y programas de calidad de vida laboral.

Clima laboral y Riesgos psicosociales

Se asegurará un monitoreo y evaluación periódica del clima organizacional y el grado de participación funcionaria, informando los resultados de esta gestión a la comunidad hospitalaria, considerándolos como indicadores para la toma de decisiones de la Institución.

DIMENSIÓN DE CLIMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
Claridad Organizacional	Diseñar y formalizar los procedimientos o políticas atingentes al Capital Humano del Instituto Traumatológico.
Difusión Comunicacional	Generar instancias de difusión y sensibilización de los alcances y objetivos de la gestión de Clima laboral.
Sentido de Identidad	Potenciar el sentido de pertenencia de los funcionarios que se integran al Instituto Traumatológico.
Ambiente Interpersonal	Construir espacios formales orientados a mantener un ambiente laboral adecuado en las distintas Unidades del IT
Liderazgo	Generar estilos de liderazgo dentro de la institución que promuevan el desarrollo de climas saludables y una gestión eficiente.
Calidad del Servicio	Promover acciones que motiven desplegar un Servicio de calidad hacia los usuarios.
Rotación Institucional	Generar espacios para el diagnóstico de algunos factores que influyen en la rotación de funcionarios del IT.
Diagnóstico de Clima	Diagnóstico pertinente para el levantamiento del diagnóstico de clima laboral.
Evaluación del Plan de Mejora	Evaluar el impacto de las acciones desarrolladas.

Salud de los Funcionarios

El Servicio velará por la Salud de sus trabajadores, a través de un Centro de Salud funcionaria y dispositivos de Salud en la Red, como instancia complementaria a su sistema de atención, contando con los recursos humanos necesarios para asegurar la cobertura en la atención, debiendo los establecimientos otorgar las facilidades y condiciones que favorezcan el acceso oportuno a estos sistemas.

Buen Trato

La Institución garantizará y promoverá como valores fundamentales, el buen trato y el respeto irrestricto a la dignidad de las personas, adoptando las acciones y medidas necesarias para prevenir y erradicar toda conducta de violencia, maltrato, acoso laboral y/o sexual al interior del establecimiento.
El Servicio de Salud indicará la constitución de Comités de Buenas prácticas Laborales para un abordaje integral de las problemáticas de acoso y deterioro del clima laboral, con la participación de las áreas directivas, gestión de personas y asociaciones gremiales.

Política y Plan de acción de Mejoramiento de los Índices de Satisfacción Usuaria y Participación ciudadana.

La Política de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria del Instituto Traumatológico apuntan como resultado del proceso de atención satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios que acceden a él, a través de una atención integral del individuo y su familia, favoreciendo el acceso, oportunidad de la atención y su participación por medio de la instauración de sistemas de comunicación e información, que favorezcan el trato digno, acogedor y amable. La medición de los índices de satisfacción en sí, son una herramienta para el conocimiento y diagnóstico de las necesidades y expectativas de los usuarios atendidos en el establecimiento que conduce al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, procesos y de la atención.

Principios Orientadores de la Política de Satisfacción Usuaria y Participación ciudadana	Buen trato. Trato cordial Gestión de listas de espera Transparencia en la Gestión. Igualdad de oportunidades para la participación. La diversidad de las organizaciones de la sociedad civil. La orientación al ciudadano. Hospital Amigo El desarrollo de instancias para la participación entre la Institución de salud y la comunidad

Esta política será respaldada por 4 componentes estratégicos en la gestión de Satisfacción Usuaria, que permiten retroalimentarse de la opinión de los usuarios y de su familia respecto a la atención clínica recibida:

Ley de deberes y derechos de los pacientes: Esta iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: *los usuarios*. Los derechos y deberes establecidos en esta ley están plasmados de manera visible y clara en la ''Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes'' en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley.	**Articulación OIRS**: La que desarrolla las siguientes funciones: Entrega de información y recepción de consultas. Orientación asistencial-administrativa y apoyo al usuario. Entrega de material informativo y educativo. Recepción y gestión de respuesta de los reclamos. Recepción y respuesta de sugerencias y felicitaciones. Informar al CCU sobre la gestión de reclamos. Levantamiento de información y aplicación de encuestas.
Hospital Amigo: Actualmente el establecimiento se encuentra Acreditado como Hospital Amigo, por lo cual está en constante evaluación para mantener las 10 medidas orientadas hacia una atención de salud más amable, acogedora, participativa e integral.	**Participación ciudadana:** Esta instancia debe desarrollar un rol fundamental de asesoría a la Dirección, en la fijación de políticas y en la definición de los planes institucionales. En estas instancias se debe dar cabida a la participación de distintos niveles de usuarios entre los que se encuentran: • Representantes del personal. • Representantes de la Dirección. • Representantes de la comunidad Organizada.

Plan de Gestión clínica y administrativa

El Plan de gestión clínica y administrativa tiene como finalidad apoyar la mejoría permanente de los procesos clínicos de este establecimiento en relación a la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también de la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.
El Plan de Gestión Clínica y Administrativa está plasmado dentro del documento "Programa de trabajo equipo de Gestión Clínica", requisito para todos los EAR.
La implementación de este Plan de acción pretende lograr la implicancia en la gestión de quienes toman las decisiones clínicas, las principales decisiones que involucran la mayoría de los costos de la organización,

AMBITO	OBJETIVOS
Autogestión en Red	Cumplir con los requisitos que los establecimientos Autogestionado en Red deben tener para aprobar la Evaluación anual, en lo referente a los indicadores de la Gestión clínica en el BSC.
Gestión de Listas de Espera en Consulta nueva de especialidad y Lista de espera Quirúrgica	Dar atención oportuna a los pacientes que buscan atención Quirurgica y atención médica, evita un deterioro en la Satisfacción Usuaria, calidad de vida y una alteración del pronóstico. Disminuye el gasto en salud debido a la repetición de exámenes y/o complicaciones derivadas de la espera.
Producción de prestaciones Valoradas	Cumplir con la producción de prestaciones valoradas (PPV) comprometidas con el SSMOc y FONASA.
Monitorización y Coordinación del cumplimiento de las prestaciones GES	Llevar registro oportuno de las garantías vigentes y realizar gestión de ellas.
Actualización permanente de los Modelos de Atención	Implementación la Mejora continua en los Procesos Atención.
Gestión de riesgos	Implementar la Gestión de Riesgos en el establecimiento, según lineamientos del CAIGG.

Política de Calidad

La Política de calidad del Instituto Traumatológico tiene como objeto otorgar prestaciones que garanticen la seguridad de la atención en salud a todos nuestros usuarios, quienes constituyen el centro del proceso asistencial, siendo vital la transparencia, el compromiso y la excelencia del equipo de trabajo, con énfasis en el buen trato usuario, entrega de servicio oportuno eficiente y de calidad, y respeto hacia la diversidad cultural trabajando con los valores éticos esenciales como orientación transversal

La Política de calidad es apoyada por el *"Programa de Calidad"* del establecimiento, que tiene como objetivo la implementación y mantención de un sistema de gestión de calidad, el cual fija distintas actividades para asegurar el otorgamiento de prestaciones que garanticen la seguridad en la atención de salud.
Para ello centrará su labor en:

- Mantención de la Acreditación de Calidad como prestador institucional de Atención cerrada.
- Promoción permanente de la cultura de calidad.
- Velar por el cumplimiento de la normativa nacional de calidad y seguridad del Paciente.
- Trabajar por lograr una cultura institucional de calidad y seguridad de la

atención.
- Mantención y actualización de Autorización sanitaria institucional.
- Implementar un sistema de mejoramiento continuo de los procesos clínicos.
- Capacitar al personal de salud en componentes de calidad y seguridad de la atención.
- Programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la Atención en Salud.

Procedimiento de Recaudación de ingresos de operación y otros ingresos

El objetivo de realizar un procedimiento de recaudación de ingresos, es el velar por un proceso transparente, eficaz y eficiente. No debemos olvidar que la unidad de recaudación juega un papel muy importante dentro de la organización ya que es la encargada de valorizar, facturar, recaudar y cobran estos ingresos. La recaudación de fondos es vital para la sustentabilidad y el desarrollo del establecimiento.

Otro tipo de ingresos de los cuales debe encargarse la unidad de recaudación de captar, son los provenientes de las licencias médicas, para esto debe ser capaz de diseñar un procedimiento que garanticé el cobro y recuperación del pago de licencias médicas de los funcionarios.
Para el caso de cobros SOAP el Instituto Traumatológico cuenta con una empresa externa encargada de recuperar estos dineros desde las distintas empresas aseguradoras.

Los diversos ingresos deberán ser captados con responsabilidad y de acuerdo a las normas establecidas por el Instituto Traumatológico mediante diversos sistemas de cobro y pago tal como gestiones de cobranza y recepciones de pago.

Fijación y Actualización de Aranceles: El Establecimiento cuenta con un Arancel Institucional y su actualización es una vez al año.
Valorización de Cobro de Prestaciones: La valorización de las prestaciones entregada al paciente durante su hospitalización se realizará posterior a su alta, en un periodo aproximado de 30 días hábiles.
Cobro de Prestaciones Médicas: una terminada la valorizada de las prestaciones médicas se procederá a dar aviso vía telefónica de la disponibilidad del estado de cuenta para que este sea retirado por el paciente, el cual tendrá un plazo de 10 días hábiles para regularizar el pago.
Los pacientes pueden pagar: en efectivo, cheque al día o a través de tarjetas bancarias (débito o crédito)
Cobranzas de Deudores Morosos: Si al cabo de 10 días de notificado el paciente sobre la disponibilidad de su cuenta no se ha generado el pago de esta, se procederá a enviar un memorando al Subdirector Administrativo solicitando la autorización para el depósito de la garantía, cobro de la cuenta y notificación a Dicom.

Sistemas de Planificación y Control de Gestión

La Planificación y control de gestión a desarrollar en el Instituto debe tener como objetivo estructurar el funcionamiento del establecimiento en post de la consecución de los objetivos y metas sanitarias y la evaluación continua de los resultados, permitiendo la entrega de información oportuna y veraz para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización.
El proceso de planificación y control de gestión será abordado desde todos los ámbitos o visiones de la institución, considerando las siguientes perspectivas: Aprendizaje y desarrollo, procesos internos, financiero, usuarios según perspectivas y estrategias del BSC.
Se establecerá un Sistema de Control de Gestión liderado por la Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo, realizado por un equipo profesional clínico y administrativo que brinde asesoramiento a la Dirección del establecimiento con el fin de alcanzar eficientemente sus objetivos a corto, mediano y largo plazo; ayudando al mejor uso de los recursos disponibles:

técnicos, humanos, financieros, otros.

El Control de gestión será periódico y sistemático incorporando en todos los niveles de la Organización el cumplimiento de compromisos adquiridos y mantención de requisitos exigidos para los establecimientos Auto gestionados en Redes de Salud, Metas Sanitarias, Compromisos de Gestión, Gestión de riesgo,

Para desarrollar los mecanismos adecuados para una óptima planificación y control de gestión se debe contar con un sistema de soporte que entregue la información en tiempo real y con el menor sesgo o error posible, que sea de fácil lectura y adecuada para cada nivel de decisión. Además de contar con un ente centralizado que vele por el cumplimiento de este proceso y que lidere las acciones tendientes al desarrollo de sistemas de planificación y control de gestión sistemáticos y alineados con las necesidades institucionales; como también, que genere el empoderamiento de todos los que tomen decisiones a distinto nivel en la importancia de la información y de la retroalimentación en los tareas y acciones que desempeñan diariamente, además de la capacitación continua en estos temas.

La información entregada para la toma de decisiones será veraz, de buena calidad en los procesos y sistemática.

Política y Plan de acción de Gestión financiero- contable y Presupuestaria

La finalidad de establecer políticas, normas y procedimientos financieros contables, es definir los procesos mediante los cuales se garantiza el uso y manejo eficiente y eficaz de los recursos financieros de los establecimientos de salud, recursos que deben ser manejados obedeciendo los principios básicos de Contabilidad, normas de auditoria y regulaciones fiscales correspondientes.

La Unidad financiera contable es considerada como una de las más relevantes en los establecimientos de salud pública, dado que es ésta la responsable de realizar informes financieros que dan cuenta de la realidad económica y financiera de estos, con dicha información los directivos de los establecimientos se encuentran en condiciones para planificar y/o corregir las estrategias a seguir para cumplir con los objetivos planteados por los establecimientos en cada periodo.

Se deberá velar por un control permanente, adecuado y eficiente, del uso de los limitados recursos financieros y la estructura de costo del proceso productivo, factores claves para garantizar un oportuno equilibrio financiero. Entre sus funciones deberá llevar un control estricto de:

- Ingresos
- Contención de Gastos
- Inversión
- Restricción Presupuestaria
- Control de la Deuda
- Manejo de Información

Plan de actividades de Auditoria interna

Asesorar y prestar apoyo a la máxima autoridad del Instituto Traumatológico mediante una estrategia preventiva, proponiendo políticas, planes, programas, acciones y medidas de control para el fortalecimiento de la gestión y para la salvaguardia de los recursos asignados a este establecimiento.

Realiza funciones de Asesoría y aseguramiento para el logro de sus objetivos institucionales, por medio de un enfoque sistémico y profesional tendiente a evaluar y mejorar la efectividad de los sistemas de control y gestión de riesgo, proporcionado en forma oportuna recomendaciones, asesorías o advertencias, a

fin de asegurar el buen uso de los recursos del Estado y el ejercicio de la función pública, de acuerdo a los principios de probidad y transparencia, conforme al marco legal, técnico y de buenas prácticas.

Objetivos Institucionales de Auditoria:
Se realizarán anualmente auditorias en los siguientes ámbitos:

- Auditoria Administrativa
- Funcionamiento de los Sistemas de Control Interno
- Convenios de Prestaciones de Salud
- Contratos de bienes y/o servicios con personas naturales o jurídicas.

- Auditoria Médica
- Auditorias de Fichas Clínicas
- Auditorias de Muerte de Adultos.

- Auditorias de Contingencia
- Auditorias de reclamos
- Origen de Eventos Adversos
- Presuntas responsabilidades médicas. Cualquier materia que la Dirección del establecimiento estime pertinente de auditar

El desarrollo de las actividades de auditoría quedará supeditado a la calendarización que establezca tanto el CAIGG como el MINSAL del cumplimiento de los Objetivos Gubernamentales y Ministeriales de Auditoría respectivamente.

El desarrollo de las actividades de auditorías de contingencia se priorizará sobre las auditorias programadas según Plan Anual de Auditoria, debiéndose consignar por escrito si la actividad programada sufrió cambios en su fecha de ejecución.

Política de Medio ambiente

La Política de Medio Ambiente tiene el fin de promover en el establecimiento la implementación de acciones concretas de protección de la salud ambientalmente sustentable, en los procesos de atención de salud, a través de la adopción progresiva de los 10 objetivos de la Agenda global de Hospitales verdes y saludables.

El Instituto Traumatológico en un compromiso de responsabilidad social lleva desde hace una par de años la campaña de reciclaje de papel en beneficio de la fundación San José, ahora para dar cumplimiento a los Comges 2014 sumara el ahorro energético y el manejo de residuos hospitalarios y se esforzará continuamente por mejorar la calidad de sus servicios y operaciones resguardando que estas sean seguras para nuestros funcionarios, usuarios y medio ambiente, reduciendo o previniendo el impacto ambiental generado por nuestras funciones.
La mirada a largo plazo es convertirse en un hospital verde y saludable, que se basan en 10 objetivos y acciones.

Liderazgo	Sustancias Químicas	Residuos	Energía	Agua
Transporte	Alimentos	Productos Farmacéuticos	Edificios	Compras

Un hospital verde y saludable es un establecimiento que promueve la salud pública reduciendo continuamente su impacto ambiental y eliminando, en última instancia, su contribución a la carga de morbilidad. Un hospital verde y saludable reconoce la relación que existe entre la salud humana y el medio ambiente, y lo demuestra a través de su administración, su estrategia y sus operaciones. Conecta las necesidades locales con la acción ambiental y ejerce la prevención primaria participando activamente en las iniciativas por promover la salud ambiental de la comunidad, la equidad sanitaria y una economía verde.

Política de Equipamiento e Infraestructura

El Instituto Traumatológico, es una institución pública de salud, de alta complejidad en términos de Recursos Humanos especializados y de equipos de alta tecnología, todo orientado a brindar una atención de calidad por lo cual es fundamental contar con equipos e instalaciones en las mejores condiciones de funcionamiento; la forma de lograr esto es contando con programas y métodos que integren la mayor cantidad de equipamiento e infraestructura en programas regulares de mantenimiento.

La Política a punta a mantener información actualizada respecto del equipamiento e infraestructura e instalaciones relevantes de la institución con el firme propósito de minimizar riesgos sanitarios y garantizar las condiciones de operación segura para los pacientes y el personal.

1.- Plan de Mantenimiento de Equipos e Infraestructura

Se pretende disponer de equipos en las mejores condiciones, evitando paradas no planificadas y pérdidas de servicio que en esta institución puede significar pérdida de vidas humanas.

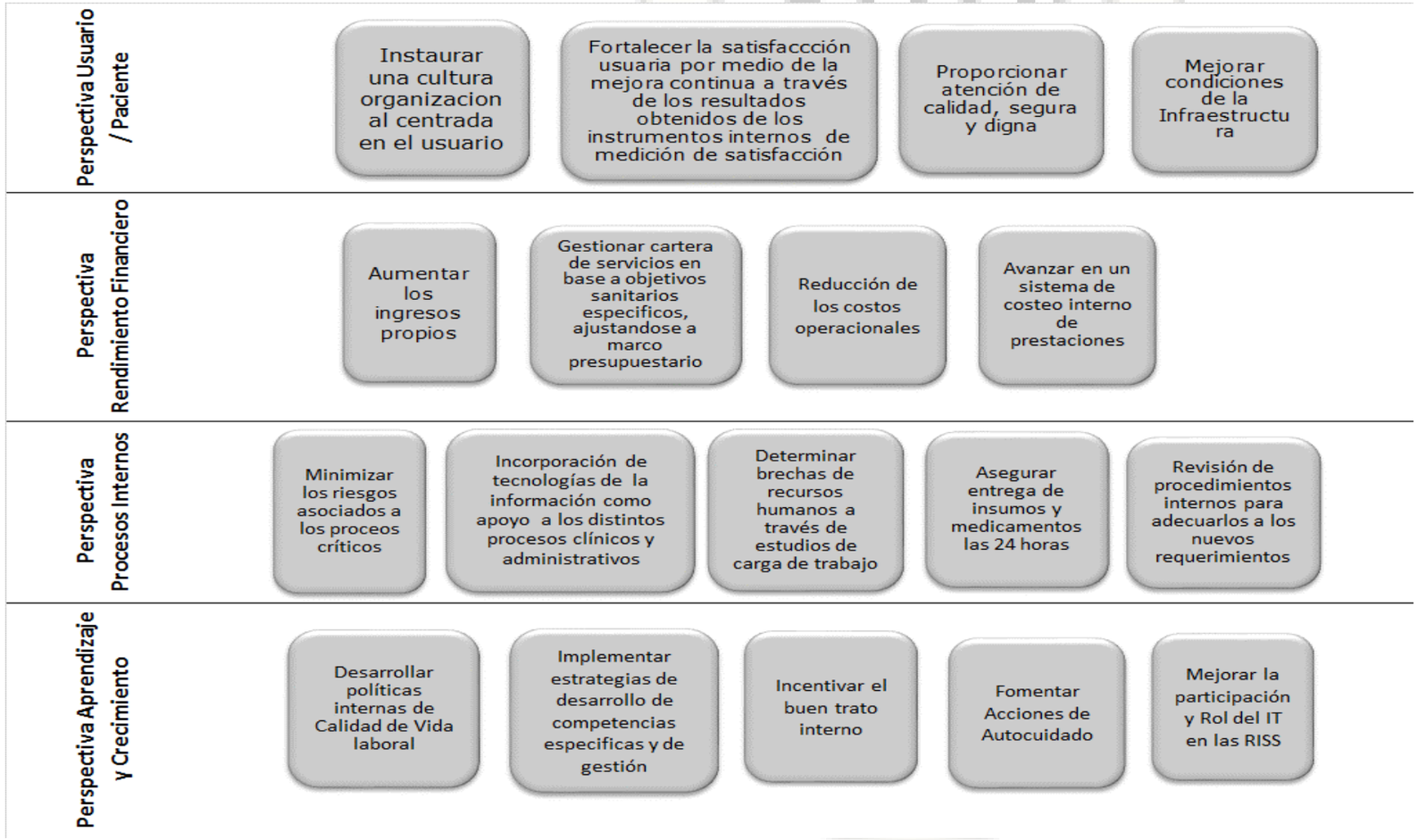
El Instituto Traumatológico dispone de un Plan de Mantenimiento preventivo de equipos por compra de servicios a terceros en aquellas definiciones de "Equipos críticos" que por su funcionalidad y naturaleza son más relevantes para el normal funcionamiento del establecimiento, y estos son:

A su vez el establecimiento contará con programas de Mantenimiento correctivo para aquellos equipos que presenten falla, en sí este tipo de programa busca recuperar la funcionalidad del equipo.

2.- Plan de Mantenimiento de Infraestructura

El objetivo principal del programa de Mantención de la Infraestructura del Instituto es mantener en buen estado físico y funcional el edificio y sus recintos, sus instalaciones, sus jardines y obras complementarias de manera que las condiciones de seguridad y operación sean normales.

MAPA ESTRATEGICO DEL INSTITUTO TRAUMATOLOGICO



EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

1. El Monitoreo y la Evaluación de las Metas de la Planificación Estratégica se realizará en forma semestral por la Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo del establecimiento (Julio y Diciembre de cada año).

2. **Se informará a los Jefes y Encargados de los Centros de Responsabilidad,** a través de un Informe semestral y Anual, su estado de avance el que deberá ser difundido por estos, al resto de las Unidades y Servicios que conforman los Centros de Responsabilidad.

CONCLUSIONES

El proceso de elaboración del Plan Estratégico es, decisivo e importante para cualquier organización, dado que involucra distintos aspectos de ésta.

El Instituto Traumatologico ha tomado esta decisión, de reformular e implementar su nuevo Plan Estratégico para los próximos 4 años, dando de esta manera, cumplimiento a lo planteado por Reforma de Salud y de los cambios que se aproximan, para insertar su actividad como Instituto de Derivación Nacional en Ortopedia y Traumatología.

La formulación del Plan Estratégico ha llegado a su fin.

ANEXO 1

Nómina de funcionarios que participaron en el proceso del Plan Estratégico 2018-2021.

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO
Sr Ricardo Lopez Rivera	Director (s)
Sr Alfonso Araus Huerta	Subdirector administrativo(s)
Angela Lopez Adriazola	Jefa Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Yasmina Escobar Torres	Profesional Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Carmina Ponce Ponce	Profesional Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo

ANEXO 2

Nómina de funcionarios que asistieron al Taller de Planificación Estratégica De Noviembre 2017.

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION
Jorge Alvear Ovalle	Abogado
Alfonso Araus Huerta	Ingeniero commercial
Cindy Barrera Valenzuela	Ingeniero ejecucion en Administración
Catalina Cerro Reyes	Nutricionista
David Correa Gormaz	Tecnologo Informatico Biomedico
Yasmina Escobar Torres	Ingeniero comercial
Enrique Gonzalez Guerra	Ingeniero en ejecución en electricidad
Jorge Hurtado Almonacid	Psicologo
Miguel Jara Angulo	Ingeniero en ejecución en Administración
Gabriel Kemm Verdejo	Químico farmacéutico
Jaime Llanos Arévalo	Contador Auditor
Ricardo Lopez Rivera	Ingeniero comercial
Priscilla Loyola Pedreros	Administrador publico
Magali Mardones Méndez	Ingeniero en ejecución en Administración
Mauricio Martínez Contreras	Ingeniero en Prevención de riesgo
Alejandro Mendoza García	Administrador publico
Matias Osorio Feíto	Kinesiólogo
Verónica Pino Lasseube	Administrativo
Donella Prelle Bellini	Enfermera
Karen Ringler Muñoz	Tecnólogo medico
Alejandro Rojas Arenas	Auxiliar
Lisbet Salgado Reyes	Enfermera
Lorena Salvo Aguilera	Nutricionista
Mariana Santander Marín	Tecnólogo medico
Rosa Vargas Sandoval	Administrativo
Pilar Vergara Tapia	Administrativo
Evelyn Villanueva Barrientos	Enfermera

INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO

ANEXO 3: METAS ANUALES DEL PLAN ESTRATEGICO AÑOS 2018-2021.

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N°1: Desarrollo de la Alta complejidad orientada a la mejora continua de la calidad y eficiencia.
LINEAMIENTO ESTRATEGICO N°5: Consolidación con la Red.
LINEAMIENTO ESTRATEGICO N°4: Desarrollo de un modelo de Gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información

AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021		
META	**INDICADOR**	**META**	**INDICADOR**	**META**	**INDICADOR**	**META**	**INDICADOR**	**RESPONSABLE**
1.-Impulsar a través de la Red Occidente la participación de la APS y vinculación de la Red para hacer más efectivo el Sistema de Referencia-Contrarefencia 2.-Contar con un Programa de Coordinación diseñado con la Red en la Contra referencia	-Cumplimiento de protocolos de referencia y contra referencia -N° de reuniones de la Red Occidente (CIRA) -Números de pacientes efectivos recibidos en APS según Contrarefencia -Porcentaje de cumplimiento del Programa de Coordinación implementado según diseño de la Contra referencia	1.-Impulsar a través de la Red Occidente la participación de la APS y vinculación de la Red para hacer más efectivo el Sistema de Referencia-Contrarefencia. 2.-Contar con un Programa de Coordinación diseñado con la Red en la Contra referencia	Cumplimiento de protocolos de referencia y contra referencia -N° de reuniones de la Red Occidente (CIRA) -Números de pacientes efectivos recibidos en APS según Contrarefencia -Porcentaje de cumplimiento del Programa de Coordinación implementado según diseño de la Contra referencia	Impulsar a través de la Red Occidente la participación de la APS y vinculación de la Red para hacer más efectivo el Sistema de Referencia-Contrarefencia	-Cumplimiento de protocolos de referencia y contra referencia -N° de reuniones de la Red Occidente (CIRA) -Números de pacientes efectivos recibidos en APS según Contrarefencia -Porcentaje de cumplimiento del Programa de Coordinación implementado según diseño de la Contra referencia	Impulsar a través de la Red Occidente la participación de la APS y vinculación de la Red para hacer más efectivo el Sistema de Referencia-Contrarefencia	Cumplimiento de protocolos de referencia y contra referencia -N° de reuniones de la Red Occidente (CIRA) -Números de pacientes efectivos recibidos en APS según Contrarefencia -Porcentaje de cumplimiento del Programa de Coordinación implementado según diseño de la Contra referencia	Director SDM SOME Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo

3.-Consolidar el sistema de control de gestión 4.-Contribuir a la gestión con información confiable	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR Evaluaciones mensuales del cumplimiento de indicadores que nos aplican del Balance Scorecard Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento Evaluaciones trimestrales y semestrales de Planes de Mejora en Unidades que lo requieran Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo financiero,	Consolidar el sistema de control de gestión Contribuir a la gestión con información confiable	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR Evaluaciones mensuales del cumplimiento de indicadores que nos aplican del Balance Scorecard Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento Evaluaciones trimestrales y semestrales de Planes de Mejora en Unidades que lo requieran Monitorear los indicadores de la	Consolidar el sistema de control de gestión Contribuir a la gestión con información confiable	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR Evaluaciones mensuales del cumplimiento de indicadores que nos aplican del Balance Scorecard Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento Evaluaciones trimestrales y semestrales de Planes de Mejora en Unidades que lo requieran Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo	Consolidar el sistema de control de gestión Contribuir a la gestión con información confiable	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR Evaluaciones mensuales del cumplimiento de indicadores que nos aplican del Balance Scorecard Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento Evaluaciones trimestrales y semestrales de Planes de Mejora en Unidades que lo requieran Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo

5.- Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	informes periódicos. -Consolidar el sistema de información hospitalario como herramienta de gestión integrada -Equipo conformado SI/NO -50 % de cobertura GRD	5.- Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	Gestión asistencial y o administrativo financiero, informes periódicos. -Consolidar el sistema de información hospitalario como herramienta de gestión integrada -Equipo conformado SI/NO -50 % de cobertura GRD	5.- Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	financiero, informes periódicos. -Consolidar el sistema de información hospitalario como herramienta de gestión integrada -Equipo conformado SI/NO -50 % de cobertura GRD	5.- Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	financiero, informes periódicos. -Consolidar el sistema de información hospitalario como herramienta de gestión integrada -Equipo conformado SI/NO -50 % de cobertura GRD	

Contar con un Plan de Auditoria institucional	(N° de actividades realizadas/N°de actividades programadas)* 100	Contar con un Plan de Auditoria institucional	(N° de actividades realizadas/N°de actividades programadas)* 100	Contar con un Plan de Auditoria institucional	(N° de actividades realizadas/N°de actividades programadas)* 100	Contar con un Plan de Auditoria institucional	(N° de actividades realizadas/N°de actividades programadas)* 100	Auditor interno
Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario y de acuerdo a los Recursos Humanos existentes	Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento (Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100 Porcentaje de cumplimiento de la programación	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario y de acuerdo a los Recursos Humanos existentes	Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento (Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100 Porcentaje de cumplimiento de la programación	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario y de acuerdo a los Recursos Humanos existentes	Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento (Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100 Porcentaje de cumplimiento de la programación	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario y de acuerdo a los Recursos Humanos existentes	Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento (Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100 Porcentaje de cumplimiento de la programación	Priscilla Loyola Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo

Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	Mantener al día el procedimiento de cobranza de ingresos propios (N° de licencias médicas curativas recuperadas del periodo / N° de licencias médicas registradas en el periodo)*100 Dar cumplimiento al indicador del BSC del 5% de incremento de la línea base con respecto al año anterior Actualización de aranceles de prestaciones y publicados en la Página Web.	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	Mantener al día el procedimiento de cobranza de ingresos propios (N° de licencias médicas curativas recuperadas del periodo / N° de licencias médicas registradas en el periodo)*100 Dar cumplimiento al indicador del BSC del 5% de incremento de la línea base con respecto al año anterior Actualización de aranceles de prestaciones y publicados en la Página Web.	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	Mantener al día el procedimiento de cobranza de ingresos propios (N° de licencias médicas curativas recuperadas del periodo / N° de licencias médicas registradas en el periodo)*100 Dar cumplimiento al indicador del BSC del 5% de incremento de la línea base con respecto al año anterior Actualización de aranceles de prestaciones y publicados en la Página Web.	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	Mantener al día el procedimiento de cobranza de ingresos propios (N° de licencias médicas curativas recuperadas del periodo / N° de licencias médicas registradas en el periodo)*100 Dar cumplimiento al indicador del BSC del 5% de incremento de la línea base con respecto al año anterior Actualización de aranceles de prestaciones y publicados en la Página Web.	Cindy Barrera
Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del	Plan de compras institucional % del gasto de Farmacia planificado a	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de	Plan de compras institucional % del gasto de Farmacia planificado a	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades	Plan de compras institucional % del gasto de Farmacia planificado a través	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades	Plan de compras institucional % del gasto de Farmacia planificado a	Jefe de Abastecimiento

establecimiento	través de CENABAST o compra centralizada	medicamentos e insumos del establecimiento	través de CENABAST o compra centralizada	de medicamentos e insumos del establecimiento	de CENABAST o compra centralizada	de medicamentos e insumos del establecimiento	través de CENABAST o compra centralizada	
Contar con un Programa de Calidad institucional en Ámbitos relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	-100% de cumplimiento del Programa de Calidad en Ámbitos relacionados con las características obligatorias. -Desarrollar las características no obligatorias priorizadas en el proceso de Acreditación anterior	Contar con un Programa de Calidad institucional en Ámbitos relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada Lograr la Re acreditación el año 2019	100% de cumplimiento del Programa de Calidad en Ámbitos relacionados con las características obligatorias. -Desarrollar las características no obligatorias priorizadas en el proceso de Acreditación anterior	Contar con un Programa de Calidad institucional en Ámbitos relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad en Ámbitos relacionados con las características obligatorias. -Desarrollar las características no obligatorias priorizadas en el proceso de Acreditación anterior	Contar con un Programa de Calidad institucional en Ámbitos relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad en Ámbitos relacionados con las características obligatorias. -Desarrollar las características no obligatorias priorizadas en el proceso de Acreditación anterior	Mariana Santander
Contar con un Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos médicos	100% de cumplimiento de Equipos críticos 85% de cumplimiento Equipos de Unidades de apoyo (Número de	Contar con un Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos médicos	100% de cumplimiento de Equipos críticos 85% de cumplimiento Equipos de Unidades de apoyo	Contar con un Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos médicos	100% de cumplimiento de Equipos críticos 85% de cumplimiento Equipos de Unidades de apoyo (Número de	Contar con un Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos médicos	100% de cumplimiento de Equipos críticos 85% de cumplimiento Equipos de Unidades de apoyo (Número de	Enrique Gonzalez

	mantenciones realizadas en el establecimiento en el periodo/ Total de mantenciones programadas en el Plan de Mantenimiento anual del establecimiento en el periodo)*100		(Número de mantenciones realizadas en el establecimiento en el periodo/ Total de mantenciones programadas en el Plan de Mantenimiento anual del establecimiento en el periodo)*100		mantenciones realizadas en el establecimiento en el periodo/ Total de mantenciones programadas en el Plan de Mantenimiento anual del establecimiento en el periodo)*100		mantenciones realizadas en el establecimiento en el periodo/ Total de mantenciones programadas en el Plan de Mantenimiento anual del establecimiento en el periodo)*100	
Contar con plan de Mantención de Infraestructura	Plan de Mantención de infraestructura y evaluaciones mensuales del grado de cumplimiento de sus actividades Según carta Gantt. 100% de cumplimiento	Contar con plan de Mantención de Infraestructura	Plan de Mantención de infraestructura y evaluaciones mensuales del grado de cumplimiento de sus actividades Según carta Gantt. 100% de cumplimiento	Contar con plan de Mantención de Infraestructura	Plan de Mantención de infraestructura y evaluaciones mensuales del grado de cumplimiento de sus actividades Según carta Gantt. 100% de cumplimiento	Contar con plan de Mantención de Infraestructura	Plan de Mantención de infraestructura y evaluaciones mensuales del grado de cumplimiento de sus actividades Según carta Gantt. 100% de cumplimiento	Enrique Gonzalez

Disponer de información actualizada sobre las necesidades de equipamiento e instrumental	Catastro anual de las necesidades de equipamiento e instrumental a disposición de entes pertinentes bajo Resolución exenta.	Disponer de información actualizada sobre las necesidades de equipamiento e instrumental	Catastro anual de las necesidades de equipamiento e instrumental a disposición de entes pertinentes bajo Resolución exenta.	Disponer de información actualizada sobre las necesidades de equipamiento e instrumental	Catastro anual de las necesidades de equipamiento e instrumental a disposición de entes pertinentes bajo Resolución exenta.	Disponer de información actualizada sobre las necesidades de equipamiento e instrumental	Catastro anual de las necesidades de equipamiento e instrumental a disposición de entes pertinentes bajo Resolución exenta.	Enrique Gonzalez Eduardo Puebla
Actualización de la información de los Proyectos de inversión y de reposición de la Institución	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión y de reposición	Actualización de la información de los Proyectos de inversión y de reposición de la Institución	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión y de reposición	Actualización de la información de los Proyectos de inversión y de reposición de la Institución	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión y de reposición	Actualización de la información de los Proyectos de inversión y de reposición de la Institución	Porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión y de reposición	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Monitorear los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Monitorear los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Monitorear los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Monitorear los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Yasmina Escobar

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N°2: Brindar un servicio en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad.
LINEAMIENTO ESTRATEGICO N°3: Desarrollo de una Política Integral de Recursos Humanos.

AÑO 2018		AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021		
META	**INDICADOR**	**META**		**META**	**INDICADOR**	**META**	**INDICADOR**	**RESPONSABLE**
Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad	100% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida (LE de consulta nueva de especialidad, acumulada del periodo, del grupo comprometido (COMGES) / LE de consulta nueva de especialidad prolongada comprometida para el periodo(COMGES)) *100	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida	100% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida. (LE de consulta nueva de especialidad, acumulada del periodo, del grupo comprometido (COMGES) / LE de consulta nueva de especialidad prolongada comprometida para el periodo (COMGES)) *100	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida	100% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida (LE de consulta nueva de especialidad, acumulada del periodo, del grupo comprometido (COMGES) / LE de consulta nueva de especialidad prolongada comprometida para el periodo (COMGES)) *100	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida	100% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad comprometida. (LE de consulta nueva de especialidad, acumulada del periodo, del grupo comprometido (COMGES) / LE de consulta nueva de especialidad prolongada comprometida para el periodo (COMGES)) *100	SDM Priscilla Loyola Jonathan Dinamarca
Evaluación y Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas	- Elaboración del Plan de Gestión de la Demanda por atenciones	Evaluación y Plan de Acción para disminuir brechas en	- Elaboración del Plan de Gestión de la Demanda por atenciones	Evaluación y Plan de Acción para disminuir brechas en	- Elaboración del Plan de Gestión de la Demanda por atenciones médicas	Evaluación y Plan de Acción para disminuir brechas en	- Elaboración del Plan de Gestión de la Demanda por atenciones	SDM Priscilla Loyola

de especialidad.	médicas de consulta nueva de especialidad. - Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas. - 100% de cumplimiento de lo comprometido a diciembre. -Plan de disminución de pacientes NSP.	consultas nuevas de especialidad.	médicas de consulta nueva de especialidad. - Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas. - 100% de cumplimiento del Plan a diciembre. -Plan de disminución de pacientes NSP.	consultas nuevas de especialidad.	de consulta nueva de especialidad. - Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas. - 100% de cumplimiento del Plan a diciembre. -Plan de disminución de pacientes NSP.	consultas nuevas de especialidad.	médicas de consulta nueva de especialidad. - Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas. - 100% de cumplimiento del Plan a diciembre. -Plan de disminución de pacientes NSP.	
Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES (Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento)*100	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES (Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento) *100	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES (Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento) *100	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES (Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento) *100	SDM Catalina Cerro

Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los Índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria. Aplicación Usuario incógnito. Evaluación según ley Nº20.584. 80% de cumplimiento (Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los Índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria. Aplicación Usuario incógnito. Evaluación según ley Nº20.584. 80% de cumplimiento (Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los Índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria. Aplicación Usuario incógnito. Evaluación según ley Nº20.584. 80% de cumplimiento (Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los Índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria. Aplicación Usuario incógnito. Evaluación según ley Nº20.584. 80% de cumplimiento (Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100	Patricia Ibáñez
Difusión y análisis de resultados obtenidos por la OIRS en relación a las solicitudes ciudadanas	Nº de informes mensuales emitidos por Centro de responsabilidad	Difusión y análisis de resultados obtenidos por la OIRS en relación a las solicitudes ciudadanas	Nº de informes mensuales emitidos por Centro de responsabilidad	Difusión y análisis de resultados obtenidos por la OIRS en relación a las solicitudes ciudadanas	Nº de informes mensuales emitidos por Centro de responsabilidad	Difusión y análisis de resultados obtenidos por la OIRS en relación a las solicitudes ciudadanas	Nº de informes mensuales emitidos por Centro de responsabilidad	Patricia Ibáñez
Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH (Nº de protocolos de Atención	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH (Nº de protocolos de Atención	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH (Nº de protocolos de Atención implementados y	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH (Nº de protocolos de Atención	Jefe médico de la UEH EU Encargado de la UEH

	implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100	
Contar con RRHH seleccionado a través de Perfiles por competencias	(N° de procesos de Reclutamiento y Selección de personal con utilización de perfiles por competencias / N° total de procesos de Reclutamiento y Selección)*100	Contar con RRHH seleccionado a través de Perfiles por competencias	(N° de procesos de Reclutamiento y Selección de personal con utilización de perfiles por competencias / N° total de procesos de Reclutamiento y Selección)*100	Contar con RRHH seleccionado a través de Perfiles por competencias	(N° de procesos de Reclutamiento y Selección de personal con utilización de perfiles por competencias / N° total de procesos de Reclutamiento y Selección)*100	Contar con RRHH seleccionado a través de Perfiles por competencias	(N° de procesos de Reclutamiento y Selección de personal con utilización de perfiles por competencias / N° total de procesos de Reclutamiento y Selección)*100	Jorge Hurtado
Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento (Porcentaje de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100	Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento (Porcentaje de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100	Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento (Porcentaje de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100	Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento (Porcentaje de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100	Magali Mardones Jorge Hurtado Profesional Encargado de Capacitación de RRHH

Empoderamiento de los funcionarios en la participación del desempeño institucional	Definir línea base de Nº de funcionarios que participan en Comités del IT.	Empoderamiento de los funcionarios en la participación del desempeño institucional	Definir línea base de Nº de funcionarios que participan en Comités del IT.	Empoderamiento de los funcionarios en la participación del desempeño institucional	Definir línea base de Nº de funcionarios que participan en Comités del IT.	Empoderamiento de los funcionarios en la participación del desempeño institucional	Definir línea base de Nº de funcionarios que participan en Comités del IT.	Unidad RRHH
Crear una instancia para la Resolución de conflictos laborales una vez agotadas las gestiones a nivel de Unidades	El 100% de los casos que se requiera de intervención en manejo de conflictos se deberá constituir comisión adhoc. Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver	Crear una instancia para la Resolución de conflictos laborales una vez agotadas las gestiones a nivel de Unidades	El 100% de los casos que se requiera de intervención en manejo de conflictos se deberá constituir comisión adhoc. Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver	Crear una instancia para la Resolución de conflictos laborales una vez agotadas las gestiones a nivel de Unidades	El 100% de los casos que se requiera de intervención en manejo de conflictos se deberá constituir comisión adhoc. Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver	Crear una instancia para la Resolución de conflictos laborales una vez agotadas las gestiones a nivel de Unidades	El 100% de los casos que se requiera de intervención en manejo de conflictos se deberá constituir comisión adhoc. Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver	Asistente Social del personal Psicólogo laboral
Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	95% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados. (Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, capacitadas según	Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	95% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados. (Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, capacitadas	Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	95% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados. (Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, capacitadas según criterios definidos/	Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	95% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados. (Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, capacitadas según	Profesional Encargado de Capacitación de RRHH

	criterios de finidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento) *100		según criterios definidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento) *100		Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento) *100		criterios definidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento) *100	
Contar con un programa de capacitación según ámbitos y lineamientos Minsal para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2018 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta. Porcentaje de un 50% de los funcionarios capacitados según Ámbitos y lineamientos Minsal	Contar con un programa de capacitación según ámbitos y lineamientos Minsal para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2018 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta. Porcentaje de un 50% de los funcionarios capacitados según Ámbitos y lineamientos Minsal	Contar con un programa de capacitación según ámbitos y lineamientos Minsal para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2018 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta. Porcentaje de un 50% de los funcionarios capacitados según Ámbitos y lineamientos Minsal	Contar con un programa de capacitación según ámbitos y lineamientos Minsal para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2018 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta. Porcentaje de un 50% de los funcionarios capacitados según Ámbitos y lineamientos Minsal	Profesional Encargado de Capacitación de RRHH
Implementar un sistema de acompañamiento a los Jefes de Unidad para el manejo de la gestión del RRHH	100% de las unidades del establecimiento con Manuales de Organización y Manuales de procedimientos actualizados	Implementar un sistema de acompañamiento a los Jefes de Unidad para el manejo de la gestión del RRHH	100% de las unidades del establecimiento con Manuales de Organización y Manuales de procedimientos actualizados	Implementar un sistema de acompañamiento a los Jefes de Unidad para el manejo de la gestión del RRHH	100% de las unidades del establecimiento con Manuales de Organización y Manuales de procedimientos actualizados	Implementar un sistema de acompañamiento a los Jefes de Unidad para el manejo de la gestión del RRHH	100% de las unidades del establecimiento con Manuales de Organización y Manuales de procedimientos actualizados	Magali Mardones Jorge Hurtado
Acompañamiento en la Desvinculación de	80% de los funcionarios	Acompañamiento en la	80% de los funcionarios	Acompañamiento en la	80% de los funcionarios	Acompañamiento en la	80% de los funcionarios	Profesional de

los funcionarios	acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	Desvinculación de los funcionarios	acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	Desvinculación de los funcionarios	acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	Desvinculación de los funcionarios	acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	RRHH
Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral. Fomentar campañas de Vida sana, deporte y cultura	Programa de Salud Laboral, Programa de Mejoramiento del Clima Laboral, Programa de Disminución de Ausentismo Laboral, aprobado bajo resolución exenta y carta Gantt 80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral. Fomentar campañas de Vida sana, deporte y cultura	Programa de Salud Laboral, Programa de Mejoramiento del Clima Laboral, Programa de Disminución de Ausentismo Laboral, aprobado bajo resolución exenta y carta Gantt 80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral. Fomentar campañas de Vida sana, deporte y cultura	Programa de Salud Laboral, Programa de Mejoramiento del Clima Laboral, Programa de Disminución de Ausentismo Laboral, aprobado bajo resolución exenta y carta Gantt 80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral. Fomentar campañas de Vida sana, deporte y cultura	Programa de Salud Laboral, Programa de Mejoramiento del Clima Laboral, Programa de Disminución de Ausentismo Laboral, aprobado bajo resolución exenta y carta Gantt 80% de cumplimiento de las actividades programadas	Jefa de RRHH Asistente Social del personal Psicólogo laboral
Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	Plan de trabajo 80% de cumplimiento de las actividades programadas	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	Plan de trabajo 80% de cumplimiento de las actividades programadas	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	Plan de trabajo 80% de cumplimiento de las actividades programadas	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	Plan de trabajo 80% de cumplimiento de las actividades programadas	Mauricio Martinez
Cumplir los	Cumplimiento de los 10 objetivos de	Cumplir los	Cumplimiento de los 10 objetivos	Cumplir los	Cumplimiento de los 10 objetivos de los	Cumplir los	Cumplimiento de los 10 objetivos de	Mauricio

objetivos de la Red de hospitales verdes y saludables	los Hospitales verdes y saludables	objetivos de la Red de hospitales verdes y saludables	de los Hospitales verdes y saludables	objetivos de la Red de hospitales verdes y saludables	Hospitales verdes y saludables	objetivos de la Red de hospitales verdes y saludables	los Hospitales verdes y saludables	Martinez