



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

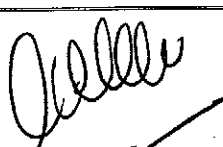
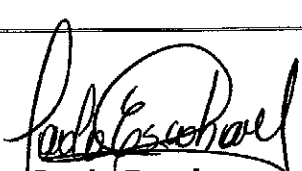
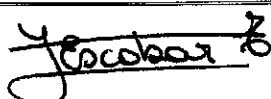
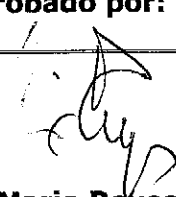
Página 1 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

**"PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017"**



Resolución Exenta N° 897, 30 de mayo 2014

Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Angela López Adrijazola Jefa Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo	 Paola Escobar Gonzalez Profesional Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo	 Yasmina Escobar Torres Profesional Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo	 Dr. Mario Reyes Villaseca Director medico
Fecha: marzo 2014	Fecha: abril 2014	Fecha: Abril 2014	Fecha: mayo 2014





"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 2 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

SECCIÓN	PAGINA
Palabras del director	4
Introducción	5
1. Objetivo de proceso del plan estratégico	6
1.1 Objetivo General	6
1.2 Objetivos Sanitarios 2011-2020	6
2. Metodología utilizada para el diseño del plan estratégico	8
3. Análisis interno - externo	9
3.1 Fortalezas	9
3.2 Debilidades	11
3.3 Oportunidades	13
3.4 Amenazas	14
4. Lineamientos Estratégicos para el Plan Estratégico 2014-2017	15
4.1 Desarrollo de la alta complejidad orientado a la mejora continua de la calidad y la eficiencia	15
4.2 Brindar un servicio de excelencia en alta complejidad centrado las actividades en el usuario y en la comunidad	15
4.3 Desarrollo de una política integral de Recursos Humanos	16
4.4 Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información	16
5. Principios del Plan Estratégico	18
5.1 Visión	18
5.2 Misión	18
5.3 Valores	18
6. Políticas y Planes de Acción del Instituto Traumatológico	19
6.1 Políticas y Plan de acción de Recursos Humanos	19
6.1.1 Política de Reclutamiento y Selección de Personal	19
6.1.2 Proceso de evaluación del desempeño funcionario	19
6.1.3 Política de Inducción	20
6.1.4 Política de disminución del Ausentismo Laboral	20
6.1.5 Política de Reconocimiento	21
6.1.6 Política de Reemplazos y Suplencias	21
6.1.7 Política General de Capacitación	21
6.1.8 Política de Desvinculación	22
6.1.9 Política de Mejoramiento del Clima Laboral	23
6.2 Política y Plan de Acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria	23
6.3 Plan de gestión clínica y administrativa	25
6.3.1 Política de Calidad	26



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 3 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

6.3.2 Programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud IAAS	26
6.4 Procedimiento de Recaudación de Ingresos de Operación y otros Ingresos	26
6.5 Sistema de Planificación y Control de Gestión	27
6.6 Política y Plan de Acción de Gestión Financiero Contable y Presupuestaria	28
6.7 Plan de Actividades de Auditoria Interna	30
6.7.1 Objetivos Institucionales de la Auditoria	31
6.7.2 Lineamientos de la Unidad de Auditoria Interna	31
6.8 Políticas del Medio Ambiente	32
6.9 Política de Equipamiento e Infraestructura	33
6.9.1 Plan de Mantenimiento de Equipos	33
6.9.2 Plan de Mantenimiento de Infraestructuras	34
7. Sistema de Evaluación y Control del Plan Estratégico	35
Conclusiones	36
Anexo 1 :Listado de Colaboradores en la Planificación Estratégica	37
Anexo 2 : Listado de Asistencia Curso Planificación Estratégica	38
Anexo 3 : Metas de la Planificación Estratégica	39



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 4 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

PALABRAS DEL DIRECTOR

El proceso de diseño del nuevo Plan Estratégico, es un desafío para nuestra Institución, puesto que involucra, actividades, y formas de hacer las cosas. Este proceso, se apoya en los Sistemas de Información ya existentes (SIS-Q), elaborado por el MINSAL, para permitir y facilitar el seguimiento, medición y control de los indicadores definidos, de acuerdo a los planes de acción o actividades trazadas.

El nuevo Plan Estratégico que se presenta y abarca el periodo *2014-2017*, contempla las nuevas orientaciones ministeriales y las del Servicio de Salud Occidente.

Este Plan Estratégico elaborado contó con la participación de los diferentes estamentos de nuestra Institución. Se organizó un taller de capacitación el año 2013, para el desarrollo del análisis interno y externo, revisión de Objetivos Estratégicos y Políticas institucionales, el que contó con la participación de 40 funcionarios, entre ellos Jefaturas, profesionales, personal técnico, administrativo y auxiliares.

Una vez terminado dicho taller la Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo recopiló la información entregada de los grupos de trabajo, revisó las Políticas y Objetivos estratégicos en conjunto con las Unidades involucradas, y elaboró este nuevo documento.

Para la elaboración del presente documento se utilizó como referencia la PE de los años *2011-2014*, las orientaciones para la elaboración de Planes Estratégicos para los hospitales Autogestionados difundidas en abril 2011, como así 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 para los próximos 4 años.



DR MARIO REYES VILLASECA
DIRECTOR MEDICO



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 5 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

INTRODUCCION

En el contexto de la Reforma del Sector Salud que creó la Ley de Autoridad Sanitaria (Decreto N°38. MINSAL.2005), se señala que existen requisitos mínimos que los establecimientos hospitalarios de Alta Complejidad, del sistema público de salud deben cumplir para obtener la calidad de Autogestionado en Red y a la vez mantener esa calidad. Uno de estos requisitos corresponde a la obligatoriedad de elaborar un Plan de Desarrollo Estratégico, el que en su globalidad debe ser coherente con las políticas, planes programas del Ministerio de Salud y, como integrantes de la Red Asistencial a la que pertenecen, en este caso Servicio de Salud Occidente.

El Plan Estratégico del Instituto Traumatológico que abarca el periodo 2014-2017, tiene como finalidad definir y diseñar directrices y criterios de organización, Gestión y funcionamiento, tomando en cuenta las nuevas directrices del entorno y los nuevos lineamientos del Minsal para los próximos 10 años. Este Plan Estratégico supone una toma de decisiones en el presente, considerando los efectos que tendrán en el futuro.

En base a lo anterior el Instituto Traumatológico se inserta en este nuevo proceso, el que constituye un momento de diálogo participativo entre los niveles organizativos y los principales grupos de interés de la organización cuyo resultado final, es el nuevo Plan Estratégico, realizado con la participación de los funcionarios representantes de todas las unidades del establecimiento y de todos los niveles jerárquicos, que aspira a conseguir que la Institucion planifique con confianza sus estrategias y las asuma, y de este modo oriente abiertamente sus energías hacia la Excelencia y Calidad en el servicio entregado.

1. OBJETIVO 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 Balanced Score Card, de acuerdo a las orientaciones del Ministerio de Salud para todos los establecimientos autogestionados 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 Usuaría, 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.

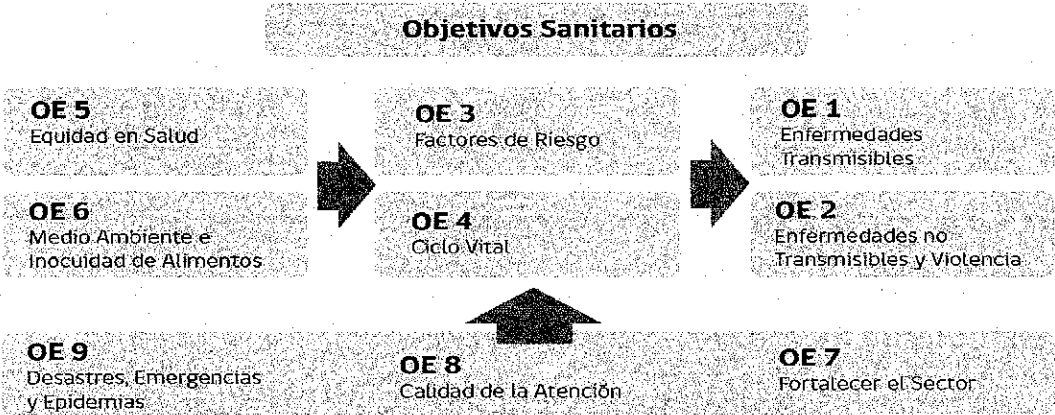
1.1 Objetivo General

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 Usuaría, Gestión Clínica, Gestión Administrativa, Gestión Financiera y Recursos Humanos con el fin de materializar la Misión y Visión del Instituto Traumatológico.

1.2 Objetivos Sanitarios 2011-2020

1. Mejorar la salud de la población	2. Disminuir las desigualdades en salud
3. Aumentar la satisfacción de la población	4. Asegurar la calidad de las intervenciones Sanitarias

Esquema general de los Objetivos estratégicos para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.





"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

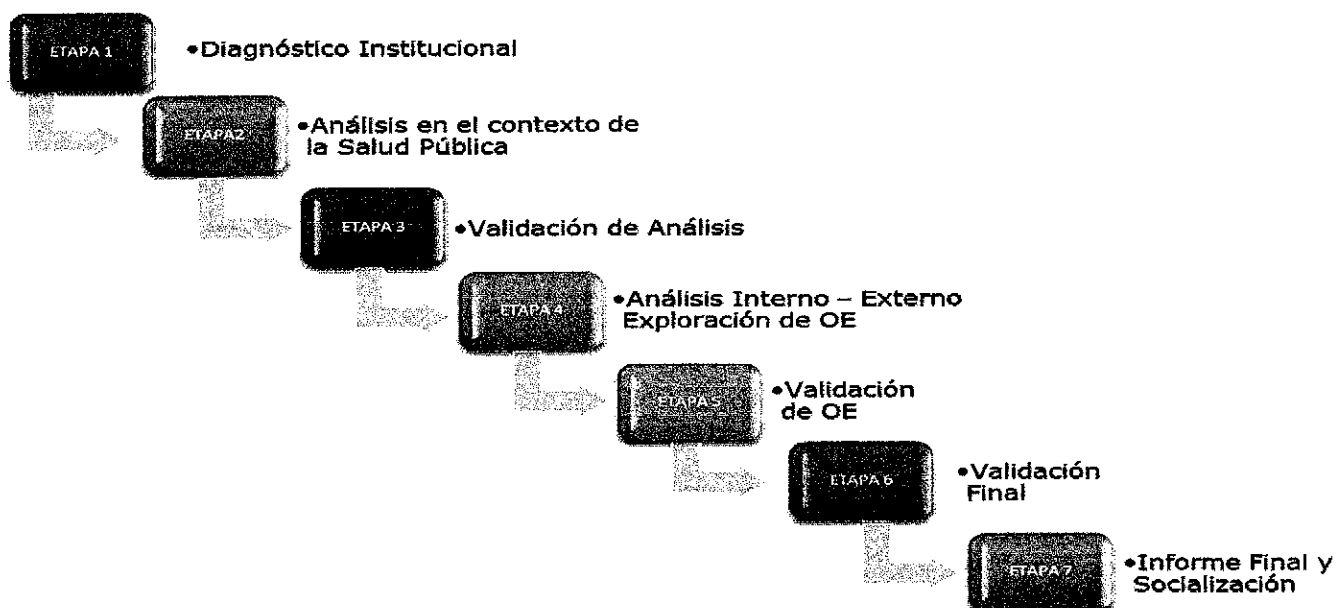
Página 8 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

2. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO

La definición metodológica utilizada para la elaboración del Plan Estratégico del Instituto Traumatológico, se estableció a través de un nuevo Taller de capacitación, en la que asistieron Jefes y Encargados de Unidad, Jefes subrogantes y funcionarios de todos los estamentos del establecimiento. En este taller de capacitación se constituyeron mesas de trabajo para estructurar el nuevo Plan estratégico.

Etapas de desarrollo para la elaboración del nuevo Plan Estratégico:





"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 9 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

3. ANALISIS INTERNO - EXTERNO

3.1 Fortalezas

AREA	FORTALEZAS
Organización	Imagen corporativa positiva en la comunidad y en las autoridades de la salud
Organización	Dirección estable, que permite la continuidad de los procesos.
Organización	Cuenta con personal especializado en el área de Traumatología y Ortopedia.
Organización	Existen procedimientos y protocolos de procesos aprobados por la institución.
Organización	Cuenta con manuales, normas, protocolos y procedimientos en conocimiento del personal clínico y administrativo.
Organización	Existen indicadores establecidos que permiten controlar la gestión y la calidad de áreas determinadas con el fin de retroalimentación y corrección de los procesos.
Organización	Existencia de Cartera de servicios
Organización	Polo de atracción para el desarrollo profesional.
Organización	Cuenta con Reglamento interno según D.S.Nº40/2012
Organización	Capacidad de respuesta a la demanda de la atención de urgencia
Organización	Certificación Programa Hospital amigo.
Procesos internos	Pioneros en el tratamiento de Osteosarcoma mayores de 15 años.
Procesos internos	Cuenta con programa de Infecciones Asociadas a la Atención en salud (IAAS).
Procesos internos	La atención de pacientes es congruente con el modelo de atención en red.
Procesos internos	Unidad de gestión de camas coordinada con UGCC.
Procesos internos	Gestión de camas de Cuidados medios y Cuidados básicos
Procesos internos	Modelo de atención progresiva arraigado.
Infraestructura y equipamiento	Existencia de protocolos de mantención para los equipos hospitalarios.
Infraestructura y equipamiento	Cuenta con contrato de compra de servicios de mantenimiento preventivo de equipos críticos
Sistema de información	Existencia de plataforma informática que permite adaptar nuevos requerimientos para facilitar la gestión clínica y administrativa: SIS-Q, SIGGES, SIRH, PHILAXMED, Winsig, RNLE, SIGFE, Trámite



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 10 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

	en línea, SICARS, SUR VIH, SIDRA, Portal Chile Compra, UGCC.
Sistema de información	Plataforma informática a nivel de SSMOc para derivación de pacientes.
Recursos humanos	Personal profesional de las ciencias médicas acreditado y calificado
Recursos humanos	Personal profesional del área administrativa calificado
Recursos humanos	Existencia de Políticas de Capacitación.
Recursos humanos	Existencia de funcionarios capacitados en el tema estándares nacionales de calidad.
Sustentabilidad financiera	Presupuesto conocido y administrado.
Sustentabilidad financiera	Se cuenta con contrato de compra de servicio de cobranza y verificación de cheques.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Existencia de instrumento de medición de satisfacción usuaria.
Docencia	Docencia Integrada a los equipos de salud, lo que facilita el mantenimiento y desarrollo de los conocimientos relacionados a la especialidad.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**

Versión: 03

Fecha: Marzo 2014

Página 11 de 50

**Vigencia: Diciembre
2017**

3.2 Debilidades

AREA	DEBILIDADES
Organización	Falta de horas médicas para resolución de listas de espera
Organización	No se cuenta con una política de optimización de horas médicas.
Organización	Lento empoderamiento del Plan de calidad y seguridad.
Organización	Déficit del uso adecuado de registros clínicos
Organización	Recurso Humano Insuficiente en ciertas áreas de la Institución como: UTI, pabellón, Asesoría jurídica, informática, Control de Gestión, Gestión del cuidado, auditoria.
Organización	Centralización en la toma de decisiones, burocratización.
Organización	Demanda asistencial elevada
Organización	No se dispone de una UPC (Unidad de pacientes Críticos)
Organización	No se cuenta con autorización sanitaria en la Central de alimentación
Organización	Trato poco amable con el usuario interno y externo.
Organización	No todos los Manuales de Organización y Manuales de Procedimientos están actualizados
Infraestructura y Equipamiento	Infraestructura antigua, deficitaria para pacientes y para los funcionarios.
Infraestructura y Equipamiento	Accesos y desplazamiento poco expedito.
Infraestructura y Equipamiento	Señalética inadecuada.
Infraestructura y Equipamiento	Equipamiento Insuficiente y antiguo en algunas unidades.
Sistemas de información	No todas las unidades cuentan con el mismo nivel de desarrollo informático.
Sistemas de información	El sistema de planificación y Control de gestión no funciona sistemáticamente en línea.
Recursos humanos	Capacitación no siempre acorde a las necesidades, acceso limitado por la gran demanda asistencial.
Recursos humanos	Falta de un desarrollo adecuado de la Salud Ocupacional
Recursos humanos	No existe carrera funcionaria, rígida y sin estímulos
Sustentabilidad financiera	Presupuesto de inversiones insuficientes.
Sustentabilidad financiera	Presupuesto asignado no corresponde a la valorización real calculada por el establecimiento.
Sustentabilidad financiera	Lenta recuperabilidad de cuentas por cobrar (institucionales).
Satisfacción Usuaría y	Déficit en señalética hospitalaria.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 12 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

Participación social	
Satisfacción Usuaría y Participación social	Déficit de difusión, sociabilización de protocolos de atención.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Infraestructura poco apta para mantener sistema controlado de acceso a las áreas de atención cerrada.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Insuficiente implementación de programa de visitas
Satisfacción Usuaría y Participación social	Escaso compromiso de parte del personal para optimizar el Buen trato a usuario.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Falta de información básica visible a usuarios: gigantografía, horarios de atención de diferentes unidades, baños, etc.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Falta utilización de las redes de voluntariado que apoyen efectivamente la labor hospitalaria.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 13 de 50
**Vigencia: Diciembre
2017**

3.3 Oportunidades

AREA	OPORTUNIDADES
Políticas	Reforma en salud, cuyo principio orientador, es mejorar la salud y la calidad de atención de salud de todos los individuos.
Organización	Proceso de Normalización en marcha.
Organización	Continuar como Establecimiento Autogestionado en red (EAR).
Organización	Posibilidad de establecer alianzas con centros educativos con carreras relacionadas a salud.
Organización	Desarrollo del CIMIT.
Procesos internos	Lineamiento ministerial del sistema de gestión centralizada de camas.
Procesos internos	Desarrollo del modelo de funcionamiento por centro de responsabilidad.
Procesos internos	Proceso de Acreditación como prestador de salud que permite evaluar, mejorar la calidad y la seguridad de la atención brindada al paciente.
Equipamiento	Capacidad de elaborar proyectos de gestión e innovación con distintas fuentes de financiamiento.
Sistemas de información	Desarrollo de nuevas tecnologías en salud.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Aumento de demanda por patología por envejecimiento de la población que permita convertirnos en un polo de desarrollo cada vez más especializado.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Políticas de Gobierno que apoyan la difusión en medios de comunicación el Buen trato entre usuarios del sistema público y el personal de salud.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Existencia y aplicación de instrumento de medición de satisfacción usuaria (Usuario Incógnito)
Satisfacción Usuaría y Participación social	Mayor participación de la comunidad en el área de salud, a través de sus organizaciones sociales, voluntariado y consejos consultivos de usuario, que actúan como facilitadores en difusión y extensión.
Recursos humanos	Sueldos poco atractivos para reclutar personal idóneo.

 "Dr. Teodoro Gebauer W"	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
		Versión: 03
		Fecha: Marzo 2014
		Página 14 de 50
		Vigencia: Diciembre 2017

3.4 Amenazas

AREA	AMENAZAS
Organización	Presupuesto de salud asignado por el SSMOC
Organización	Competencia con el sector privado por Recursos humanos calificados
Organización	Deficiente funcionamiento de la Red asistencial
Organización	Judicializacion de la salud
Demanda de Atención	Comunas con alto índice de pobreza y ruralidad.
Demanda de Atención	Ciudadanía cada vez más demandante, ambiente potencialmente hostil.
Demanda de Atención	Incumplimiento o desconocimiento de los usuarios de sus deberes.
Demanda de Atención	Baja resolutividad de la atención en establecimientos de APS.
Organización red de atención	Déficit de camas críticas y de especialidades para derivación dentro de la macro red pública de salud.
Organización red de atención	Implementación como centro de referencia nacional sin financiamiento adicional.
Organización red de atención	Disminución de camas hospitalarias del sector público y aumento del número de camas del sector privado
Satisfacción Usuaría y Participación social	Aumento de demanda por patología por envejecimiento de la población que sobrepase la capacidad de respuesta de la institución.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Fácil acceso del usuario a medios de comunicación para reclamar.
Satisfacción Usuaría y Participación social	Incumplimiento de algunos deberes de los usuarios (no cuidar la infraestructura, no acudir a las citaciones, no cumplir con los tratamientos farmacológicos, antecedentes personales falsos)
Satisfacción Usuaría y Participación social	Desconfianza de parte de los usuarios en el Sistema de salud
Sustentabilidad financiera	Altos aranceles del sistema privado de salud, para resolver sobre demanda de atención de camas críticas que requiere el sistema público.
Sustentabilidad financiera	Falta de equilibrio financiero entre la valorización de las prestaciones efectuadas y el presupuesto asignado.

**4. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA EL PLAN ESTRATÉGICO
2014 – 2017**

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 Traumatológico 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

4.1 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 Usuaría, considerada como pilar de los servicios de salud entregados.

La Satisfacción Usuaría 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 Institucion y diseñar los programas y servicios bajo el concepto de calidad, así como gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales.

4.2 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 Usuaría, mejorando la calidad de la atención, teniendo como fuente de información la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria, aplicación usuario incógnito, evaluación según ley N° 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 determinar los índices de Satisfacción Usuaría, debilidades y fortalezas de la atencion que



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 16 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

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 públicas 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.

4.3 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.

4.4 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 quienes 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



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 17 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

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 numero 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).



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 18 de 50
**Vigencia: Diciembre
2017**

5. PRINCIPIOS PLAN ESTRATEGICO

5.1 Visión

El Establecimiento ratifica su Visión al que se proyecta hasta el año 2017 con la siguiente declaración:

Aspiramos a ser reconocidos como una Institucion 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.

5.2 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.

5.3 Valores

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.

Conducta ética: Valoramos el actuar de acuerdo a la práctica del discernimiento ético en todos nuestros ámbitos de acción.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 19 de 50
**Vigencia: Diciembre
2017**

6. POLITICAS Y PLANES DE ACCIÓN DEL INSTITUTO TRAUMATOLOGICO

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.

6.1 Política y plan de acción de Recursos Humanos

La Dirección del establecimiento, tiene como Política general de Recursos Humanos evaluar y adoptar las medidas que estén a su alcance, con el propósito que las personas que trabajen en este establecimiento, sean efectivamente consideradas como el principal capital que posee la institución

6.1.1 Política de Reclutamiento y Selección de personal

La selección de personal es un conjunto de procedimientos que buscan precisar qué personas y en qué medida, una serie de candidatos, reúnen ciertas características definidas previamente en la convocatoria y que corresponden con las necesidades establecidas dentro de la organización.

La política de selección de personal del Instituto traumatológico se basa en el requerimiento de personas con conocimientos relacionados con el trabajo a realizar ya sean técnicos o de tipo general según sea el caso, un nivel de habilidades cognitivas que encajen con el lugar de trabajo y unas habilidades sociales necesarios para ofrecer un buen servicio orientado al cumplimiento de la misión institucional.

A medida que el lugar de trabajo requiera de mayor responsabilidad, también se requerirá mayores conocimientos sobre el sector que ocupe en la empresa, mayor experiencia y madurez personal.

De igual manera preverá que el candidato pueda desarrollar sus intereses profesionales y personales, teniendo acceso a actividades de capacitación y perfeccionamiento que le permitan mejorar sus competencias y obtener resultados cada vez mejores, tanto clínicos, como administrativos y académicos , facilitando su desarrollo personal .

6.1.2 Proceso de Evaluación del desempeño funcionario

Se realiza trimestralmente una precalificación por el Jefe directo y una calificación Anual por la Junta calificadora; se respetan las notas emitidas por el precalificador; esto sirve para confeccionar el escalafón de mérito.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 20 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

6.1.3 Política de Inducción

Desde la perspectiva del ciclo de vida laboral de las personas, la incorporación de un/a trabajador/a a una Institución y/o a nuevas funciones forman parte de los procesos iniciales que deben ser abordados por una organización. Es importante saber que una vez que se ha reclutado y seleccionado al colaborador deseado, es necesario orientarlo y proporcionarle la información y los conocimientos necesarios para que tenga éxito en su nueva posición, aun cuando ya cuente con experiencia previa en el puesto.

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.

6.1.4 Política de Disminución del Ausentismo Laboral

a. La dirección del establecimiento a través de la unidad de Recursos Humanos se compromete a generar condiciones laborales que posibiliten el desarrollo de la salud integral de sus funcionarios, que les permitan alcanzar niveles de calidad adecuados en el trabajo disminuyendo los días de licencias médicas.

b. Potenciar la reducción del ausentismo laboral por licencias médicas, por constituir estas el mayor porcentaje de ausentismo.

c. Los permisos por días administrativos son discrecionales de la autoridad poder concederlos en la fecha solicitada, en función de la carga de trabajo y dotación funcionaria, cumpliendo con la exigencia de ser solicitados con antelación a un mínimo de dos días. Por el alto rendimiento de nuestra institución, el motivo de la solicitud tendrá que ser debidamente justificada.

d. Con el objeto de facilitar a los funcionarios la realización de trámites personales impostergables y evitar una ausencia innecesaria por la jornada completa, se incluye la posibilidad de solicitar permisos por horas, denominados permisos cortos, que tendrán una duración de hasta dos horas diarias y por un máximo de seis por año. Estos permisos deben ser recuperados por el funcionario dentro de los tres días hábiles siguientes.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 21 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

e. Preocupados por la salud de los funcionarios se monitoreará el estado de salud de estos, a través de la presentación de licencias médicas, evaluándose aquellos casos en que la persona necesite apoyo de la institución para solucionar su problema.

f. Se desarrollarán programas y políticas de mejoramiento del clima laboral que incidan en la motivación y compromiso del personal con su trabajo.

6.1.5 Política de Reconocimiento

Las Prácticas de recompensas e incentivos para el personal del Instituto Traumatológico son las siguientes:

- a. Anotaciones de Merito
- b. Años de servicio
- c. Desvinculación por jubilación:
- d. Programas de Mejoramiento del entorno laboral

6.1.6 Política de Reemplazos y suplencias.

Aquellos cargos críticos que no pueden quedar desprovistos sin un desmedro en la atención de los usuarios, deberán ser reemplazados por funcionarios que se desempeñan en la misma unidad y que presentan las competencias necesarias para realizarlo de una forma óptima, en el orden que a continuación se detalla:

- a. Reemplazo
- b. Suplencia
- c. Subrogancia

6.1.7 Política General de Capacitación

El Instituto Traumatológico en conjunto con el Servicio de Salud, crean mecanismos para poder facilitar la realización de un conjunto sistemático de actividades de capacitación, confluyendo 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.

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



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 22 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

transversales para los establecimiento de salud del país, cubriendo los desafíos y objetivos sectoriales. Esto lineamientos son los siguientes:

- a.** Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores que lo sustentan.
- b.** Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local, regional y supra regional (macro y micro redes).
- c.** Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades y compromisos de salud locales.
- d.** Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
- e.** Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la Calidad de Vida Funcionaria.
- f.** Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs).
- g.** Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera.
- h.** Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas.
- i.** Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento.

6.1.8 Política de Desvinculación.

El trabajo constituye, en nuestra cultura, una forma de vinculación social y financiera de carácter vital. Por esto, su pérdida, trae consigo una serie de reacciones emocionales negativas para la persona que experimenta esta situación. Por esto, en el Instituto Traumatológico hemos diseñado un proceso de acompañamiento y asesoría al funcionario que inicia su proceso de desvinculación, por cualquiera de las razones que ésta pudiera producirse.

Los principales objetivos del programa de desvinculación son:

- a.** Otorgar, a través de la Unidad de Recursos Humanos, un sistema de apoyo al funcionario que llega al fin de su relación contractual con el Instituto Traumatológico, que comprenda el poner a su disposición información específica respecto de los procedimientos a seguir, los beneficios a que puede acceder, entre otros, de tal manera de disminuir las respuestas de ansiedad frente a esta etapa, de la cual, según refieren muchas veces los funcionarios, no se tiene la cantidad de información suficiente, o no se entiende con claridad la misma.
- b.** Poner a disposición de los funcionarios que cesan su vínculo contractual con el Instituto, todos los antecedentes o certificados que solicite en caso del término de su contrato o bien de su renuncia voluntaria, para facilitar su reinserción laboral futura, o sus trámites con otras instituciones de salud, previsión, entre otros, e informar de aquellos que podría requerir para los mismos efectos.

 "Dr. Teodoro Gebauer W"	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Versión: 03 Fecha: Marzo 2014 Página 23 de 50 Vigencia: Diciembre 2017
---	---	---

c. Ser una red de apoyo social para aquellos funcionarios que terminan una relación contractual de larga data con nuestro Instituto, entendiendo que las redes sociales que durante su desempeño funcionario establecieron, tanto con la Institución, como con el resto de los funcionarios y compañeros de trabajo, son tan importantes para ellos como cualquier otra red de apoyo externo.

6.1.9 Política de Mejoramiento de Clima Laboral

DIMENSIÓN DE CLIMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
Claridad Organizacional	Diseñar y formalizar los procedimientos o políticas atinentes 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.
Diagnostico de Clima	Diagnóstico pertinente para el levantamiento del diagnóstico de clima laboral.
Evaluación del Plan de Mejora	Evaluar el impacto de las acciones desarrolladas.

6.2 Política y Plan de acción de Mejoramiento de los Índices de Satisfacción Usuaría 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.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 24 de 50
**Vigencia: Diciembre
2017**

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 Usuaría 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 Usuaría, 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: <i>los usuarios</i>. 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.

 <i>"Dr. Teodoro Gebauer W"</i>	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Versión: 03 Fecha: Marzo 2014 Página 25 de 50 Vigencia: Diciembre 2017
--	---	---

6.3 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.

Esta apuesta hacia la gestión de los procesos clínicos y de apoyo se basará en el Modelo de Gestión de camas Medias y básicas, definidos en la Institucion acorde con los lineamientos del Minsal.

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
Producción de prestaciones Valoradas	Cumplir con la producción de prestaciones valoradas (PPV) comprometidas con el SSMOcc y FONASA
Monitorización y Coordinación del cumplimiento de las prestaciones GES	Llevar registro oportuno de las garantías vigentes y realizar gestión de ellas
Autogestión en Red	Cumplir con los requisitos que los establecimientos autogestionados en Red deben tener para aprobar la Evaluación anual, en lo referente a los indicadores de la Gestión clínica en el BSC
Gestión de riesgos	Implementar la Gestión de Riesgos en el establecimiento, según lineamientos del CAIGG



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 26 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

6.3.1 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.

6.3.2 Programa de prevención y control de las Infecciones asociadas a la Atención en salud (IAAS) (Norma Técnica N° 124, Minsal)

El Programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la Atención en salud incluye la prevención de IAAS en pacientes, personal de salud y otras personas relacionadas con la Institución y Atención en salud.

Las funciones apuntan:

- a. Vigilancia epidemiológica de las IAAS
- b. Desarrollo de directrices para estandarizar prácticas de prevención de IAAS.
- c. Estudio y manejo de brotes
- d. Capacitación del personal de salud
- e. Monitorización y evaluación de adhesión a prácticas normadas
- f. Participación en la definición de requisitos técnicos para la selección de insumos para la prevención y control de IAAS.
- g. Definir los criterios técnicos para los planes de preparación y respuesta ante emergencias de enfermedades transmisibles.

6.4 Procedimientos 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 cobrar



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 27 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

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 garantice 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.

6.5 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.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 28 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

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.

Establece un sistema de control de gestión de la Institución, basado en las herramientas del Cuadro de Mando Integral que permite la toma de decisiones oportuna, a fin de adaptarse frente a los cambios del entorno y detectar las desviaciones del Plan Estratégico, garantizando con esto, que los resultados de las estrategias, objetivos, políticas y planes de acción se ajusten al Plan Estratégico de la Institución.

El Control de gestión es periódico y sistemático incorporando en todos los niveles de la Organización el cumplimiento de compromisos adquiridos y mantención de requisitos exigidos para los establecimientos Autogestionados en Red.

La Planificación y Control de gestión consiste en definir explícitamente las metas de la organización, así como determinar las alternativas más adecuadas para alcanzarlas. Es decir, consiste en la voluntad de dirigir, no dejarse llevar por los acontecimientos; integrar objetivos particulares con los generales y facilitar el autocontrol de los directivos.

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.

6.6 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.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 29 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

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.

Ingresos

- Determinación anual de montos y fuentes de generación de los recursos de que se dispondrá para el cumplimiento de los objetivos de la institución. En esto se incluye el énfasis en la recuperación oportuna de los ingresos comprometidos y la generación de nuevas fuentes de recursos (convenios directos, docencia, prestaciones, etc.).
- El cumplimiento integral y oportuno de las metas de desempeño institucional que están asociadas en forma directa con la incorporación de recursos del sistema público (PPV-GES).

Las medidas antes señaladas buscan dar flexibilidad a la estructura de ingresos del establecimiento, permitiendo una adecuada relación con las necesidades del desarrollo institucional.

Contención de Gastos

Se establecerá un plan de acción cuya característica principal sea su revisión permanente. Para esto se definirá una estructura interna, técnicamente competente y dotada de la autoridad formal necesaria, que tendrá como responsabilidad elaborar en forma anual el plan de acción en lo que al gasto de la institución se refiere. Entre sus funciones estarán:

- La coordinación de la distribución del presupuesto de gastos entre los Centros de Responsabilidad de la institución.
- Inducir y controlar la demanda interna de insumos operacionales, consumos básicos, mantenciones, etc.
- Monitorear en forma permanente la ejecución del presupuesto de gastos respecto de lo programado.
- Redistribuir los ingresos entre los Centros de Responsabilidad de ser necesario.
- Propiciar el desarrollo equitativo de la institución.
- Determinar por unidad los ítems en los cuales podrían generar economías sin ir en desmedro de la atención a los usuarios, ejemplo ahorro energéticos, ahorro útiles de oficina, etc.
- Control exhaustivo y plan de corrección para cuentas que generan grandes desviaciones presupuestarias ejemplo traslado de pacientes a hospitalización en el Extrasistema

Inversión

Se definirá anualmente y para un período de hasta cuatro años, un programa de inversiones que asegure el cumplimiento del plan de desarrollo estratégico de la institución, en cuanto a la ejecución de los proyectos de infraestructura y



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 30 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

equipamiento requeridos por éste. Dicho programa deberá contemplar los montos, forma de financiamiento, oportunidad de la inversión, ritmo de utilización y productividad de los recursos asociados a cada uno de los proyectos de inversión programados.

Restricción Presupuestaria

Se mantendrá un monitoreo permanente de los ingresos y gastos, de manera de evaluar y modificar, de ser necesario, la estructura y nivel de los ingresos generados y por el lado de los gastos, su volumen y estructura, de manera de garantizar el equilibrio permanente entre las partidas de ingresos y gastos presupuestados.

Control de la Deuda

Se deberá asegurar el cumplimiento de la Ley definida por la Autoridad Sanitaria, esto es, garantizar que la antigüedad de la deuda que la institución mantenga con terceros no sea mayor a 60 días desde la generación de ésta. Para esto, se definirá una estructura de responsabilidad acompañada de un sistema de información y control acorde a estas necesidades, que permita monitorear y tomar las decisiones adecuadas que garanticen el cumplimiento de esta restricción.

Auditoría Financiera

Se realizará una auditoría financiera permanente. Esta tendrá como objetivo el examen de los estados financieros, los procedimientos empleados por la unidad encargada de la generación de éstos, la consistencia y confiabilidad de la información manejada, y el nivel de eficiencia y eficacia con que se manejan los recursos financieros de la institución.

Manejo de Información

El manejo y registro de la información financiero contable actualmente se realiza en sistemas integrados de gestión, tales como SIGFE, Winsig y SIS-Q, esto permite tener claridad del comportamiento organizacional de manera transversal.

Gastos sin presupuesto

El establecimiento posee un procedimiento de excepción en los casos que se requiera incurrir en gastos que no están contemplados, como son la adquisición de fármacos e insumos no habituales, incremento de demanda, emergencia sanitaria, etc.

6.7 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.

 "Dr. Teodoro Gebauer W"	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Versión: 03 Fecha: Marzo 2014 Página 31 de 50 Vigencia: Diciembre 2017
---	--	--

6.7.1 Objetivos Institucionales de Auditoria:

- I.** Se realizarán anualmente auditorias en los siguientes ámbitos:
 - a. 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
 - b. Auditoria Médica**
 - Auditorias de Fichas Clínicas
 - Auditorias de Muerte de Adultos
 - c. Auditorias de Contingencia**
 - Auditorias de reclamos
 - Origen de Eventos Adversos
 - Presuntas responsabilidades médicas Cualquier materia que la Dirección del establecimiento estime pertinente de auditar

- II.** 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.

- III.** El desarrollo de las actividades de auditorias 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.

6.7.2 Los lineamientos de la Unidad de Auditoría interna son los siguientes:

- a.** Evaluar en forma permanente el sistema de control interno del Instituto Traumatológico y efectuar las recomendaciones para su mejoramiento
- b.** Promover la adopción de mecanismos de autocontrol en las unidades operativas de la organización.
- c.** Verificar la existencia de adecuados sistemas de información, su confiabilidad y oportunidad.
- d.** Elaborar y proponer al Director del Establecimiento para su aprobación, el Plan de Auditoría anual de la Institución.
- e.** Promover la coherencia de las políticas y actividades de la Unidad de Auditoría Interna, con aquellas emanadas de la autoridad Presidencial,

- las orientaciones dadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, y respecto de la acción de otros organismos del Estado.
- f. Efectuar el seguimiento de las medidas preventivas y correctivas, emanadas de los informes de auditoría, aprobadas por la autoridad.
 - g. Participar en el Comité de Auditoría Ministerial o del Servicio de Salud Metropolitano Occidente a través del Jefe de la Unidad.
 - h. Otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgos de la Institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

6.8 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.

6.9 Política de Equipamiento e Infraestructura

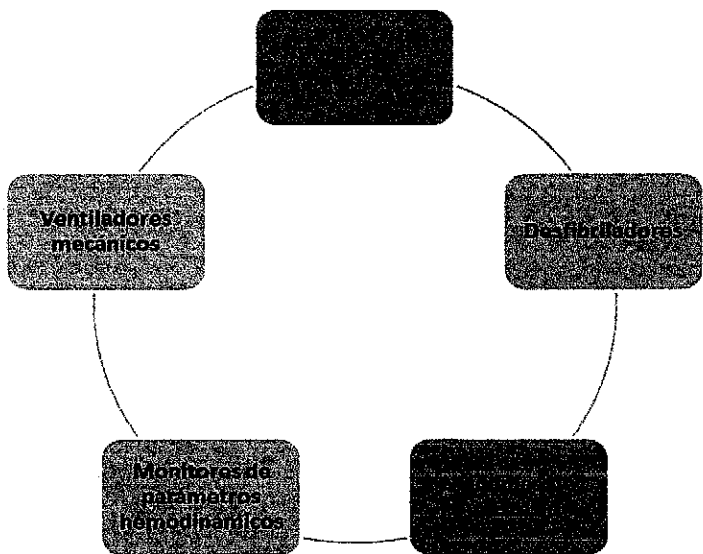
El Instituto Traumatológico, es una institución pública de salud, de alta complejidad en términos de Recursos Humanos especializados y de equipos de alta tecnología, todo orientado a brindar una atención de calidad por lo cual es fundamental contar con equipos e instalaciones en las mejores condiciones 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.

6.9.1 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:



 "Dr. Teodoro Gebauer W"	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
		Versión: 03
		Fecha: Marzo 2014
		Página 34 de 50
		Vigencia: Diciembre 2017

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.

6.9.2 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.

 "Dr. Teodoro Gebauer W"	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Versión: 03 Fecha: Marzo 2014 Página 35 de 50 Vigencia: Diciembre 2017
---	--	--

7. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PLAN ESTRATEGICO

- a. El Monitoreo y la Evaluación, control del Plan Estratégico, se realizará en forma semestral por la Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo del establecimiento (julio y diciembre de cada año).
- b. El sistema de Evaluación y Control del Plan implica, seguimiento y análisis del grado de cumplimiento del Plan Anual de Actividades respectivos del período 2014 – 2016, y Evaluación de las Metas de la Planificación Estratégica.
- c. Se informará a los Jefes y Encargados de las diferentes Unidades del establecimiento, a través de un Informe semestral y anual, su estado de avance el que deberá ser difundido por éstos, al resto de las Unidades y Servicios que conforman los Centros de Responsabilidad.
- d. La Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo mantendrá una copia fiel del presente Plan Estratégico.

 <i>"Dr. Teodoro Gebauer W"</i>	PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo Versión: 03 Fecha: Marzo 2014 Página 36 de 50 Vigencia: Diciembre 2017
--	--	--

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

Nomina de funcionarios que participaron en el proceso del Plan Estratégico 2014-2017.

NOMBRE	CARGO
Dr Mario Reyes Villaseca	Director
Dr Miguel Sepulveda Hormazabal	Subdirector medico
Ricardo Lopez Rivera	Subdirector administrativo
Angela Lopez Adriazola	Jefa Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Paola Escobar Gonzalez	Profesional Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Yasmina Escobar Torres	Profesional Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS
2014 - 2017**

**Unidad Control de
Gestión, Planificación
y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 38 de 50
**Vigencia: Diciembre
2017**

ANEXO 2

Nómina de funcionarios que asistieron al Taller de Planificación Estratégica, según Resolución Exenta N° 1555, del 27 de noviembre de 2013.

NOMBRE	PROFESION
Jorge Alvear Ovalle	Abogado
Enrique Gonzalez Guerra	Ingeniero en ejecución
Ana Araya Nuñez	Administrativa
Margarita Briones Muñoz	Enfermera
Blanca Carrasco Bravo	Administrativa
Miguel Poblete Cavieres	Kinesiólogo
Jimena Espinoza Luengo	Nutricionista
Paola Escobar Gonzalez	Ingeniero comercial
Alfredo Figueroa Mora	Auxiliar
Alfonso Araus Huerta	Ingeniero comercial
Patricia Ibañez Medel	Periodista
Digna Illanes Bustos	Auxiliar
Miguel Jara Angulo	Ingeniero
Lorenzo Lagos Saura	Psicólogo
Jaime Llanos Arevalo	Contador auditor
Cecilia Lopez Contreras	Asistente social
Ricardo Lopez Rivera	Ingeniero comercial
Priscilla Loyola Pedreros	Administrador de
Carlos Malverde Malverde	Tecnólogo medico
Magali Mardones Mendez	Ingeniero en Recursos humanos
Marlen Morales Palacios	Enfermera
Hector Muñoz Cerda	Ingeniero en Informática
Manuel Narváez Garrido	Tecnico paramédico
Veronica Nieto Ferreira	Administrativa
Matías Osorio Feito	Kinesiólogo
Irma Palma Salgado	Nutricionista
Soledad Ponce Bastias	Auxiliar
Carmina Ponce Ponce	Ingeniero comercial
Evelyn Ramirez Espinoza	Enfermera
Francisca Rojas Melero	Enfermera
Cecilia Salazar Labarca	Profesional
Fernando Valdes Abarza	Tecnólogo medico
Irma Vasquez Carrasco	Auxiliar
Mario Tapia Jiménez	Administrativo
Pilar Vergara Tapia	Administrativa
Mariana Santander Marin	Tecnólogo medico
Gabriel Kemm Verdejo	Químico farmacéutico
Daniel Camacho Alvarez	Medico traumatólogo
Carmen Astargo Vega	Enfermera



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 39 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

ANEXO 3: METAS ANUALES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA AÑOS 2014-2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 1: Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la Mejora continua de la Calidad y la eficiencia									
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE	
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR		
Porcentaje de cumplimiento de los Indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR	Umbral de cumplimiento de un 75%.	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR	Umbral de cumplimiento de un 75%.	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR	Umbral de cumplimiento de un 75%.	Porcentaje de cumplimiento de los Indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR	Umbral de cumplimiento de un 75%.	Unidad de Control de Gestión, planificación y Desarrollo	
	(Sumatoria de puntaje de indicadores BSC cumplidos/ total de puntaje exigido)*100		(Sumatoria de puntaje de indicadores BSC cumplidos/ total de puntaje exigido)*100						
Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo financiero	100% de medición de los indicadores de la Gestión asistencial, y financiero contable	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores Balance Scorecard en el IT como EAR	100% de medición de los indicadores de la Gestión asistencial, y financiero contable	Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo financiero	100% de medición de los indicadores de la Gestión asistencial, y financiero contable	Monitorear los indicadores de la Gestión asistencial y o administrativo financiero	100% de medición de los indicadores de la Gestión asistencial, y financiero contable	Unidad de Control de Gestión, planificación y Desarrollo.	
	Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento		Evaluaciones mensuales con Informes emitidos a las diferentes Unidades del establecimiento						
Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario	(Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario	(Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario	Contar con una programación de producción en base a la cartera de servicios según marco presupuestario	(Nº de informes elaborados en el año /Nº total de informes programados)*100	Dirección Subdirección Médica Subdirección Administrativa	
	% de cumplimiento de la programación		% de cumplimiento de la programación						
Continuar Proyecto de Normalización	Informes técnicos con RS	Continuar Proyecto de Normalización	Informes técnicos con RS Anteproyecto y Etapa de Diseño	Continuar Proyecto de Normalización	Licitación Anteproyecto	Continuar Proyecto de Normalización	Construcción	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo	



**Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 40 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 1: Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la Mejora continua de la Calidad y la eficiencia									
AÑO 2014			AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR		
Actualización y Reformulación de la Planificación Estratégica para los próximos 4 años.	Contar con una nueva Planificación Estratégica	Evaluación del Grado de Cumplimiento de la Planificación Estratégica	Informes semestrales de evaluación del grado de cumplimiento de la Planificación Estratégica.	Evaluación del Grado de Cumplimiento de la Planificación Estratégica	Informes semestrales de evaluación del grado de cumplimiento de la Planificación Estratégica.	Evaluación del Grado de Cumplimiento de la Planificación Estratégica	Informes semestrales de evaluación del grado de cumplimiento de la Planificación Estratégica.	Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo	
			Planes de mejora por objetivos con incumplimiento.		Planes de mejora por objetivos con incumplimiento.		Planes de mejora por objetivos con incumplimiento.		
Equilibrio financiero entre ingresos y gastos devengados	Ingresos totales devengados- gastos totales devengados= 0	Equilibrio financiero entre ingresos y gastos devengados	Ingresos totales devengados- gastos totales devengados= 0	Equilibrio financiero entre ingresos y gastos devengados	Ingresos totales devengados- gastos totales devengados= 0	Equilibrio financiero entre ingresos y gastos devengados	Ingresos totales devengados- gastos totales devengados= 0	Jefe Unidad Financiero Contable.	
Entregar en forma oportuna información Financiera presupuestaria.	Informe Financiero Presupuestario mensual enviado por mail dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al Director del Servicio y Subsecretario de Redes.	Entregar en forma oportuna información Financiera presupuestaria.	Informe Financiero Presupuestario mensual enviado por mail dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al Director del Servicio y Subsecretario de Redes.	Entregar en forma oportuna información Financiera presupuestaria.	Informe Financiero Presupuestario mensual enviado por mail dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al Director del Servicio y Subsecretario de Redes.	Entregar en forma oportuna información Financiera presupuestaria.	Informe Financiero Presupuestario mensual enviado por mail dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al Director del Servicio y Subsecretario de Redes.	Unidad financiero contable	
Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	100% de lo comprometido con el COMGES para el año vigente	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros Ingresos.	100% de lo comprometido con el COMGES para el año vigente	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos	100% de lo comprometido con el COMGES para el año vigente	Optimizar el proceso de captación de ingresos operacionales y otros ingresos.	100% de lo comprometido con el COMGES para el año vigente	Jefe de Recaudación	



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 41 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 1: Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la Mejora continua de la Calidad y la eficiencia

AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	
Programar y realizar controles aleatorios y periódicos del proceso de recaudación	% de controles programados (Nº de controles realizados/Nº controles programados)*100	Programar y realizar controles aleatorios y periódicos del proceso de recaudación	% de controles programados (Nº de controles realizados/Nº controles programados)*100	Programar y realizar controles aleatorios y periódicos del proceso de recaudación	% de controles programados (Nº de controles realizados/Nº controles programados)*100	Programar y realizar controles aleatorios y periódicos del proceso de recaudación	% de controles programados (Nº de controles realizados/Nº controles programados)*100	Jefe de Recaudación
Actualización de la Cartera de Servicios y aranceles de prestaciones.	Cartera de servicios actualizada y aranceles de prestaciones	Publicación de la Cartera de servicios en Pág. Web de la institución.	Revisión y actualización de la Cartera de servicios	Publicación de la Cartera de servicios en Pág. Web de la institución.	Revisión y actualización de la Cartera de servicios	Publicación de la Cartera de servicios en Pág. Web de la institución.	Revisión y actualización de la Cartera de servicios	Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo.
Lograr la Acreditación de prestadores institucionales de Atención cerrada	Cumplir el 100% de las características obligatorias que le apliquen el Manual de Acreditación de prestadores institucionales de Atención cerrada	Mantenimiento del cumplimiento del total de características obligatorias que le aplican	100% cumplimiento de las características obligatorias que le apliquen	Mantenimiento del cumplimiento del total de características obligatorias que le aplican	100% cumplimiento de las características obligatorias que le apliquen	Mantenimiento del cumplimiento del total de características obligatorias que le aplican	100% cumplimiento de las características obligatorias que le apliquen	Unidad de Calidad y Seguridad Todos las Unidades del establecimiento
Seguimiento Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con la Acreditación.	Seguimiento Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con la Acreditación.	Seguimiento Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con la Acreditación.	Seguimiento Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada	100% de cumplimiento del Programa de Calidad institucional en ítems relacionados con la Acreditación.	Unidad Calidad y Seguridad.



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 42 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 1: Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la Mejora continua de la Calidad y la eficiencia									
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE	
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR		
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.	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.	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.	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.	Jefe Servicios Generales.	
	100% de cumplimiento		100% de cumplimiento						
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.	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.	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.	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.	Jefe Servicios Generales.	
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.	Monitoreo de los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Monitoreo de los indicadores de la Matriz de riesgo.	100% de medición de los indicadores de la Matriz de riesgo.	Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo.	
Actualización de la información de los proyectos de inversión y de reposición de la Institución	% 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	% 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	% 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	% de ejecución de los proyectos de inversión y de reposición	Unidad de Control de Gestión, Planificación y Desarrollo.	



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 43 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 1: Desarrollo de la Alta complejidad orientado a la Mejora continua de la Calidad y la eficiencia									
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE	
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	Auditor	
Establecer un mecanismo de Mejora continua por medio de la ejecución de auditorías	Plan anual de Auditoría y carta Gantt aprobada bajo resolución exenta.	Establecer un mecanismo de Mejora continua por medio de la ejecución de auditorías	Plan anual de Auditoría y carta Gantt aprobada bajo resolución exenta.	Establecer un mecanismo de Mejora continua por medio de la ejecución de auditorías	Plan anual de Auditoría y carta Gantt aprobada bajo resolución exenta.	Establecer un mecanismo de Mejora continua por medio de la ejecución de auditorías	Plan anual de Auditoría y carta Gantt aprobada bajo resolución exenta.		
	Realizar seguimiento a las Mejoras propuestas respecto de una auditoría		Realizar seguimiento a las Mejoras propuestas respecto de una auditoría		Realizar seguimiento a las Mejoras propuestas respecto de una auditoría		Realizar seguimiento a las Mejoras propuestas respecto de una auditoría		
	80% de cumplimiento de actividades para el año en curso		80% de cumplimiento de actividades para el año en curso		80% de cumplimiento de actividades para el año en curso		80% de cumplimiento de actividades para el año en curso		



**Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 44 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 2: Brindar un servicio de excelencia en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad												
AÑO 2014			AÑO 2015			AÑO 2016			AÑO 2017			RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR			
Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad según lo comprometido	% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad.	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad según lo comprometido	% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad.	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad según lo comprometido	% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad.	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad según lo comprometido	% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad.	Gestionar Lista de espera de consulta nueva de especialidad según lo comprometido	% de disminución de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad.	SDM Encargado Lista de espera de la institución.		
	(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		(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		(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		(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					
Elaboración de Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas de especialidad.	Plan de Mejora de atenciónes médicas de consulta nueva de especialidad bajo resolución exenta y aprobada por la Dirección del establecimiento.	Elaboración de Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas de especialidad.	Plan de Mejora de atenciónes médicas de consulta nueva de especialidad bajo resolución exenta y aprobada por la Dirección del establecimiento.	Elaboración de Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas de especialidad.	Plan de Mejora de atenciónes médicas de consulta nueva de especialidad bajo resolución exenta y aprobada por la Dirección del establecimiento.	Elaboración de Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas de especialidad.	Plan de Mejora de atenciónes médicas de consulta nueva de especialidad bajo resolución exenta y aprobada por la Dirección del establecimiento.	Elaboración de Plan de Acción para disminuir brechas en consultas nuevas de especialidad.	Plan de Mejora de atenciónes médicas de consulta nueva de especialidad bajo resolución exenta y aprobada por la Dirección del establecimiento.	SDM Encargado Lista de espera de la institución.		
	Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas.		Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas.		Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas.		Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas.		Evaluación Semestral del cumplimiento de las actividades programadas.			
	80% de cumplimiento del Plan de Mejora a Diciembre.		80% de cumplimiento del Plan de Mejora a Diciembre.		80% de cumplimiento del Plan de Mejora a Diciembre.		80% de cumplimiento del Plan de Mejora a Diciembre.		80% de cumplimiento del Plan de Mejora a Diciembre.			



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 45 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 2: Brindar un servicio de excelencia en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad									
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE	
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR		
Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES	Gestionar el cumplimiento de Garantías en patologías GES	100% de cumplimiento de Garantías en patologías GES	SDM Monitor SIGGES	
	(Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento)*100		(Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento)*100		(Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento)*100		(Nº de casos GES con evidencia de garantías de oportunidad cumplidas/ Nº total de casos GES con indicación de tratamiento)*100		
Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria.	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria.	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria.	Conocer las expectativas del Usuario con el fin de mejorar los índices de Satisfacción usuario	Aplicación de encuestas de Satisfacción usuaria.	Jefa OIRS	
	Aplicación Usuario incógnito.		Aplicación Usuario incógnito.		Aplicación Usuario incógnito.		Aplicación Usuario incógnito.		
	Evaluación según ley Nº20.584.		Evaluación según ley Nº20.584.		Evaluación según ley Nº20.584.		Evaluación según ley Nº20.584.		
	80% de satisfacción		80% de satisfacción		80% de satisfacción		80% de satisfacción		
	(Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100		(Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100		(Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100		(Σ puntaje obtenido en la encuesta/ Σ Puntaje total de la encuesta)*100		
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	Jefa OIRS	
Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	% de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH	Implementación de Protocolos de Atención en la UEH	100% de cumplimiento de las evaluaciones programadas	Jefa OIRS	
	(Nº de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		(Nº de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		(Nº de protocolos de Atención implementados y difundidos en la UEH/Nº total de protocolos)*100		100% de cumplimiento de las evaluaciones programadas		



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 46 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 3: Desarrollo de una Política Integral de Recursos Humanos						
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	RESPONSABLE
Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento	Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar y Orientación al establecimiento	Fortalecer la inserción de los funcionarios a la Institución	Actualizar, difundir y profundizar e l proceso de Inducción y Orientación al establecimiento	Unidad de Recursos Humanos
	(% de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100		(% de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100		(% de funcionarios nuevos con Inducción/ total de funcionarios contratados del periodo)*100	
		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.	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.	Unidad de Recursos Humanos
			Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver		Nº de casos resueltos/Nº de casos según nomina para resolver	
Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	80% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados.	Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	80% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados.	Aumentar el compromiso, competencias y eficiencia de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura y subrogancia según criterios definidos	80% de los funcionarios que ejercen funciones de Jefatura o subrogancia capacitados.	Unidad de Recursos Humanos Encargado de Capacitación.
	(Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, según criterios definidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento)*100		(Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, según criterios definidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento)*100		(Nº de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes, según criterios definidos/ Nº total de funcionarios con funciones de Jefatura o subrogantes en el establecimiento)*100	



"Dr. Teodoro Gebauer W"

**PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017**

Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 47 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 3: Desarrollo de una Política Integral de Recursos Humanos								
AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	
		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	Unidad de Recursos Humanos
Contar con un programa de capacitación según competencias para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2014 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta.	Contar con un programa de capacitación según competencias para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2015 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta.	Contar con un programa de capacitación según competencias para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2016 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta.	Contar con un programa de capacitación según competencias para la ley 18.834 y 19.664.	Programa de Capacitación Año 2017 según lineamientos ministeriales aprobado bajo resolución exenta.	Unidad de Recursos Humanos Encargado de Capacitación.
	80% de cumplimiento de las actividades programadas.		80% de cumplimiento de las actividades programadas.		80% de cumplimiento de las actividades programadas.		80% de cumplimiento de las actividades programadas.	
Acompañamiento en la Desvinculación de los funcionarios	80% de los funcionarios acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	Acompañamiento en la Desvinculación de los funcionarios	80% de los funcionarios acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento en el proceso	Acompañamiento en la Desvinculación de los funcionarios	80% de los funcionarios acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento	Acompañamiento en la Desvinculación de los funcionarios	80% de los funcionarios acogidos a jubilación en el periodo con acompañamiento	Unidad de Recursos Humanos Asistente Social



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 48 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 3: Desarrollo de una Política Integral de Recursos Humanos

AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	
Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral.	Programa de Salud Laboral,	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral.	Programa de Salud Laboral,	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral.	Programa de Salud Laboral,	Contar con un Programa de Salud Laboral, Mejoramiento del Clima Laboral, y Disminución del Ausentismo Laboral.	Programa de Salud Laboral,	Unidad de Recursos Humanos
	Programa de Mejoramiento del Clima Laboral		Programa de Mejoramiento del Clima Laboral		Programa de Mejoramiento del Clima Laboral		Programa de Mejoramiento del Clima Laboral	
	Programa de Disminución de Ausentismo Laboral		Programa de Disminución de Ausentismo Laboral		Programa de Disminución de Ausentismo Laboral		Programa de Disminución de Ausentismo Laboral	
	Aprobados bajo resolución exenta y carta Gantt adjunta.		Aprobados bajo resolución exenta y carta Gantt adjunta.		Aprobados bajo resolución exenta y carta Gantt adjunta.		Aprobados bajo resolución exenta y carta Gantt adjunta.	
Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Desarrollar actividades de Mejora en las áreas de Bioseguridad y residuos hospitalarios	80% de cumplimiento de las actividades programadas.	Prevencionista en riesgo
	Plan de trabajo		Plan de trabajo		Plan de trabajo		Plan de trabajo	
	80% de cumplimiento de las actividades programadas		80% de cumplimiento de las actividades programadas		80% de cumplimiento de las actividades programadas		80% de cumplimiento de las actividades programadas	
	Convenios actualizados/convenios existentes		Convenios actualizados/convenios existentes		Convenios actualizados/convenios existentes		Convenios actualizados/convenios existentes	
Fortalecer convenios Docente asistencial con las instituciones en formación superior incorporando a todas las carreras en el establecimiento	Convenios evaluados /convenios existentes	Fortalecer convenios Docente asistencial con las instituciones en formación superior incorporando a todas las carreras en el establecimiento	Convenios evaluados /convenios existentes	Fortalecer convenios Docente asistencial con las instituciones en formación superior incorporando a todas las carreras en el establecimiento	Convenios evaluados /convenios existentes	Fortalecer convenios Docente asistencial con las instituciones en formación superior incorporando a todas las carreras en el establecimiento	Convenios evaluados /convenios existentes	Director Subdirección Médica Subdirección Administrativa Asesoría Jurídica COLDAS Unidad Docente Asistencial



"Dr. Teodoro Gebauer W"

PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO
AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 49 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 4: Brindar un servicio de excelencia en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad

		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	
Gestionar rescate de pacientes críticos hospitalizados en el extrasistema	Promedio de días de hospitalización de pacientes en extrasistema	Gestionar rescate de pacientes críticos hospitalizados en el extrasistema	Promedio de días de hospitalización de pacientes en extrasistema	Gestionar rescate de pacientes críticos hospitalizados en el extrasistema	Promedio de días de hospitalización de pacientes en extrasistema	Gestionar rescate de pacientes críticos hospitalizados en el extrasistema	Promedio de días de hospitalización de pacientes en extrasistema	Gestionar rescate de pacientes críticos hospitalizados en el extrasistema	Promedio de días de hospitalización de pacientes en extrasistema	Gestor de camas
	Promedio de días de estada vía UGCC al sistema privado de salud/ promedio de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado de salud		Promedio de días de estada vía UGCC al sistema privado de salud/ promedio de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado de salud		Promedio de días de estada vía UGCC al sistema privado de salud/ promedio de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado de salud		Promedio de días de estada vía UGCC al sistema privado de salud/ promedio de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado de salud		Promedio de días de estada vía UGCC al sistema privado de salud/ promedio de pacientes trasladados vía UGCC al sistema privado de salud	
		Elaborar Plan de trabajo que lleve a la elaboración de Informes periódicos de Costeo de prestaciones	Plan elaborado	Elaborar Plan de trabajo que lleve a la elaboración de Informes periódicos de Costeo de prestaciones	Plan elaborado	Elaborar Plan de trabajo que lleve a la elaboración de Informes periódicos de Costeo de prestaciones	Plan elaborado	Elaborar Plan de trabajo que lleve a la elaboración de Informes periódicos de Costeo de prestaciones	Plan elaborado	Jefe de Finanzas
			Nº Informes emitidos		Nº Informes emitidos		Nº Informes emitidos		Nº Informes emitidos	
Contar con Proyecto Clínico financiero (GRD)	Realizar Proyecto y solicitud formal para contar con sistema GRD.	Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	Equipo conformado SI/NO	Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	Equipo conformado SI/NO	Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	80 % de cobertura GRD	Implementación Proyecto Clínico financiero (GRD)	100 % de cobertura GRD	Encargado GRD
Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del establecimiento	Plan de compras institucional	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del establecimiento	Plan de compras institucional	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del establecimiento	Plan de compras institucional	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del establecimiento	Plan de compras institucional	Generar mecanismos que permitan programar adecuadamente las necesidades de medicamentos e insumos del establecimiento	Plan de compras institucional	Unidad de Abastecimiento
	% del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada		% del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada		% del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada		% del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada		% del gasto de Farmacia planificado a través de CENABAST o compra centralizada	



PLAN ESTRATEGICO INSTITUTO TRAUMATOLOGICO AUTOGESTIONADO EN RED AÑOS 2014 - 2017

**Unidad Control de Gestión,
Planificación y Desarrollo**
Versión: 03
Fecha: Marzo 2014
Página 50 de 50
Vigencia: Diciembre 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO N° 4: Brindar un servicio de excelencia en Alta complejidad centrando las actividades en el Usuario y en la comunidad									
AÑO 2014			AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		RESPONSABLE
META	INDICADOR		META	INDICADOR	META	INDICADOR	META	INDICADOR	
Estandarizar y optimizar los sistema de información	% de implementación de los sistemas operativos		Estandarizar y optimizar los sistema de información	% de implementación de los sistemas operativos		% de implementación de los sistemas	Estandarizar y optimizar los sistema de información	% de implementación de los sistemas	Unidad de Informática
	Σ Numero de sistemas de información en operación y uso/Total de sistemas de información			Σ Numero de sistemas de información en operación y uso/Total de sistemas de información		Σ Numero de sistemas de información en operación y uso/Total de sistemas de información			
Observar la realización de prácticas y procedimientos de riesgo para el paciente y que puedan provocar una infección asociada a la atención de salud y así contribuir a mejorar la calidad de atención prestada por la institución y el aseguramiento de los procesos de prevención y control de IAAS	% de cumplimiento de la aplicación de pautas de supervisión	85%	Observar la realización de prácticas y procedimientos de riesgo para el paciente y que puedan provocar una infección asociada a la atención de salud y así contribuir a mejorar la calidad de atención prestada por la institución y el aseguramiento de los procesos de prevención y control de IAAS	% de cumplimiento de la aplicación de pautas de supervisión	85%	% de cumplimiento de la aplicación de pautas de supervisión	Observar la realización de prácticas y procedimientos de riesgo para el paciente y que puedan provocar una infección asociada a la atención de salud y así contribuir a mejorar la calidad de atención prestada por la institución y el aseguramiento de los procesos de prevención y control de IAAS	% de cumplimiento de la aplicación de pautas de supervisión	Enfermera Encargada del Programa de prevención infecciones asociadas a la atención en salud