

Planificación Estratégica 2021 – 2025





Septiembre 2021
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Tabla de contenido

Responsables de Elaboración.....	4
Introducción	5
Viaje del Paciente: Nuestra guía	6
Caracterización de la Población	6
Dotación Funcionarios.....	9
Organigrama.....	10
Fuentes de Información: Metodología Aplicada.....	13
Análisis de Situación y Evaluación.....	16
Análisis Diagnostico.....	16
Árbol De Problemas	17
SUBDIRECCION MEDICA Y GESTIÓN DEL CUIDADO	17
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA.....	17
SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	17
CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS/AS.....	18
Árbol De Objetivos	18
DIRECCION.....	18
SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y GESTIÓN DEL CUIDADO	18
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.....	19
SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	19
CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS/AS.....	19
Definiciones Estratégicas	20
Misión.....	20
Visión.....	20
Valores.....	20
Políticas Institucionales.....	21
Política de Recursos Humanos.....	21
Política de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria	24
Plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria.....	25
Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.....	26
Plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.	26
Política de Comunicaciones.....	27
Política de Calidad y Seguridad del Paciente	28

Sistemas de Planificación y Control de Gestión	29
Directrices Estratégicas	30
Plan estratégico: Ejes Estratégicos y Objetivos	30
Perspectiva Resultados	30
Perspectiva Clientes	30
Perspectiva Procesos Internos	31
Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo.....	31
Mapa Estratégico	32
Objetivos Estratégicos: Indicadores y Actividades.....	33
EJE ESTRATÉGICO 1: RESULTADOS (ER1).....	33
EJE ESTRATÉGICO 2: CLIENTES (EC2)	34
EJE ESTRATÉGICO 3: PROCESOS INTERNOS (EP3)	35
EJE ESTRATÉGICO 4: APRENDIZAJE Y DESARROLLO (EA4).....	36
Plan de Actividades 2021-2025	37
Plan Actividades 2021	37
Plan de seguimiento y evaluación.....	39
ANEXOS	40
Anexo 1: Árbol de Problemas Atención Cerrada SUDIM	41
Anexo 2: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria SUDIM	42
Anexo 3: Árbol de Problemas Atención Urgencia SUDIM	43
Anexo 4: Árbol de Problemas Atención Cerrada UGC.....	44
Anexo 5: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria UGC	45
Anexo 6: Árbol de Problemas Atención Urgencia UGC.....	46
Anexo 7: Árbol de Problemas CR ADT SUDIM.....	47
Anexo 8: Árbol de Problemas SUDIA 1.....	48
Anexo 9: Árbol de Problemas SUDIA 2.....	49
Anexo 10: Árbol de Problemas SUDIA 3.....	50
Anexo 11: Árbol de Problemas SDGP 1	51
Anexo 12: Árbol de Problemas SDGP 2	52
Anexo 13: Árbol de Problemas SDGP 3	53
Anexo 14: Árbol de Problemas CCU	54
Anexo 15: Árbol de Objetivos Atención Cerrada SUDIM	55
Anexo 16: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria SUDIM	56

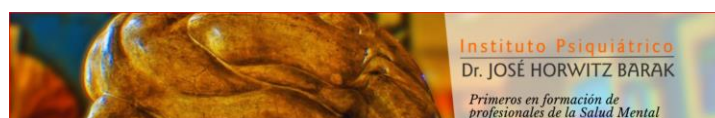
		INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK Planificación Estratégica 2021 - 2025	CÓDIGO DIR /UDICG
			Septiembre 2021


Anexo 17: Árbol de Objetivos Atención Urgencia SUDIM.....	57
Anexo 18: Árbol de Objetivos Atención Cerrada UGC	58
Anexo 19: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria UGC.....	59
Anexo 20: Árbol de Objetivos Atención Urgencia UGC.....	60
Anexo 21: Árbol de Objetivos CR ADT SUDIM.....	61
Anexo 22: Árbol de Objetivos SUDIA 1.....	62
Anexo 23: Árbol de Objetivos SUDIA 2.....	63
Anexo 24: Árbol de Objetivos SUDIA 3.....	64
Anexo 25: Árbol de Objetivos SDGP 1.....	65
Anexo 26: Árbol de Objetivos SDGP 2.....	66
Anexo 27: Árbol de Objetivos SDGP 3.....	67
Anexo 28: Árbol de Objetivos CCU.....	68
Agradecimientos Finales	69

Responsables de Elaboración

*Mauricia Valenzuela Ruiz
Patricia Villarroel Hernandez*

*Unidad de Desarrollo Institucional y Control de Gestión
Dirección
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

Introducción

El Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” forma parte de los Establecimientos Autogestionados en Red del Servicio Metropolitano Norte, que regula el Decreto N°38, y desde el 2006 lidera la Red de Salud Mental, lo que nos posiciona en un referente regional y nacional en esta materia. Para mantener dicha calidad, debemos cumplir una serie de requisitos mínimos, los cuales se enuncian en los Art.16 y Art.18 del mismo.

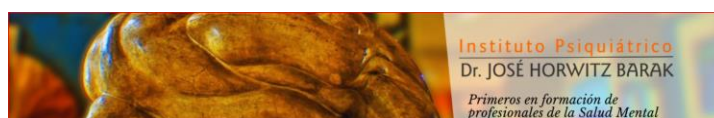
La letra c) del artículo décimo sexto señala: “Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y Programas de la Red asistencial del Servicio”. Para desarrollar con éxito esta tarea, es menester considerar las características sociodemográficas de nuestra red territorial, las cuales están en constante transformación, obligándonos a reestructurar periódicamente nuestra Misión, Visión y Objetivos Estratégicos, de acuerdo a sus necesidades.

De esta manera, elaborar este mapa de ruta, nos permitirá plantearnos nuevos desafíos acorde a las demandas y particularidades de nuestra población, sobre todo de quienes reciben directamente nuestra atención, es decir, nuestros usuarios y usuarias.

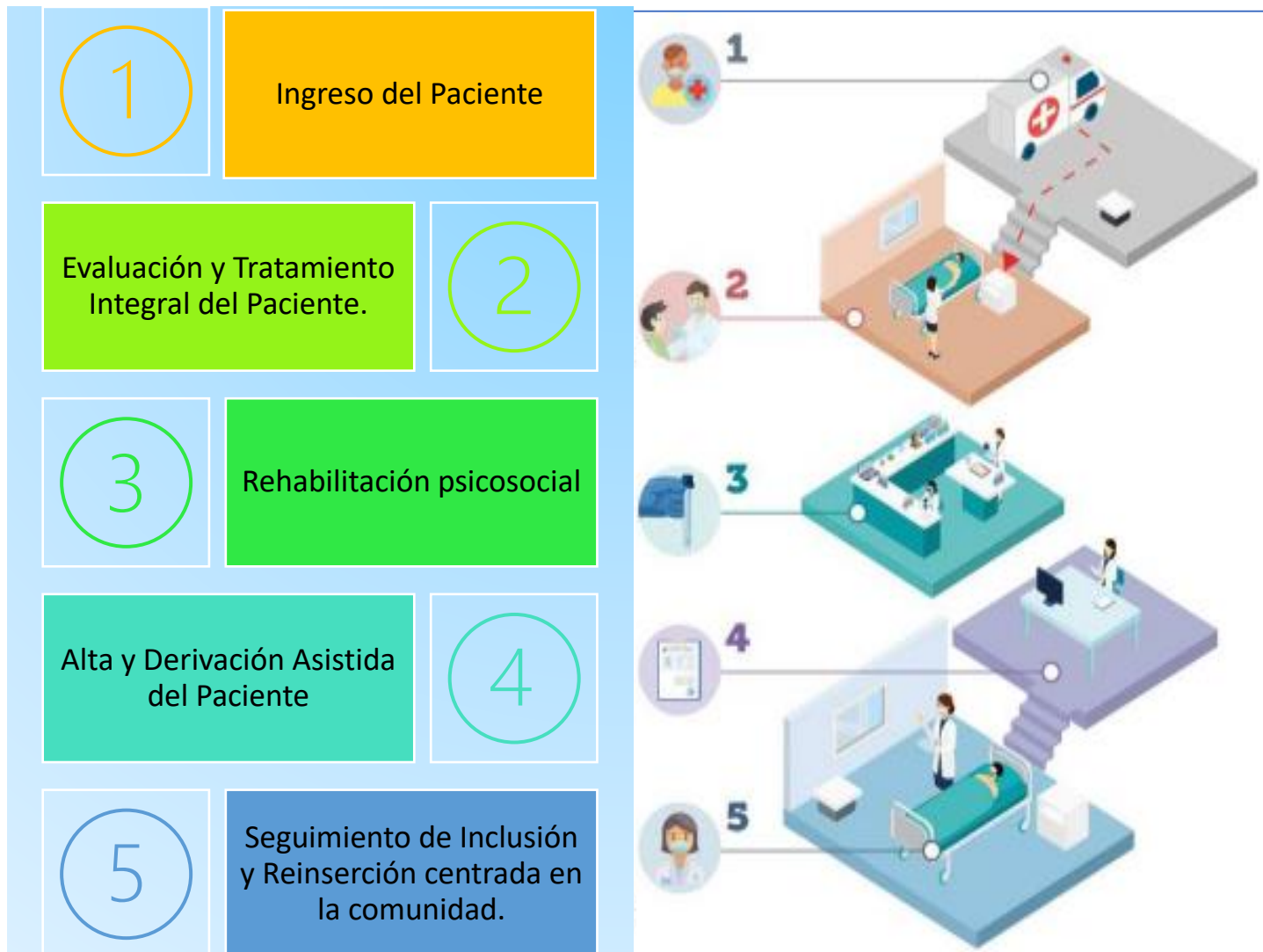
Sabemos que para que esto sea posible, la participación de la comunidad hospitalaria es fundamental, pues permite integrar distintas aristas, enriqueciendo nuestro diagnóstico, así como la propuesta de prioridades y objetivos en que debemos focalizar nuestros esfuerzos los próximos años. No cabe duda que actuando de esta manera podremos no solamente lograr nuestras metas, sino también dotar de legitimidad este nuevo Plan de Desarrollo Estratégico 2021-2025.

A continuación, este documento describe la metodología aplicada para el diseño de la planificación, sus definiciones estratégicas, el plan de operacional de actividades y la política con respecto a las temáticas fundamentales en la institución y los requisitos exigibles desde la legalidad vigente.

La planificación y todo el trabajo por los funcionarios y comunidad realizados se enmarcan en la perspectiva de viaje del paciente, donde el fin principal de todas las acciones desarrolladas por la comunidad hospitalaria, en el amplio sentido de la referencia, están en función de lo que queremos entregar a nuestros usuarios; así, la metodología en su forma técnica se desarrollará en las siguientes páginas, empero el foco de todos los talleres parte con la conversación de cuál es nuestro fin, nuestra existencia exhibe la importancia en planificar, seguir y resguardar la mejor experiencia en toda nuestra comunidad.




Viaje del Paciente: Nuestra guía



Caracterización de la Población

El Servicio de Salud Metropolitano Norte atiende los establecimientos del área norte de la Región Metropolitana, abarcando las comunas de: Recoleta, Independencia, Conchalí, Quilicura, Huechuraba, Colina, Til-Til y Lampa:

Servicio	Hombres	Mujeres	Total
SSMN	579.803	587.482	1.167.285



Fuente: Cuenta Pública 2020. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Sin embargo, el Instituto es referente Nacional en cuanto a patologías psiquiátricas tanto para GES como No Ges, en ello, la realizada institucional de la distribución de atención de la población en el año 2020, es la que sigue:

Población Atendida fuera de la RED SSMN en Urgencia		
Distribución	Atenciones	Porcentaje
Otros Servicios de Salud	12.348	61,8%
Metropolitano Norte	7.637	38,2%
Total general	19.985	100%

Desglose RM	Atenciones	Porcentaje
Metropolitano Occidente	3.875	19,7%
Metropolitano Central	3.692	18,8%
Metropolitano Oriente	2.326	11,8%
Metropolitano Sur	1.083	5,5%
Metropolitano Suroriente	1.053	5,4%
Metropolitano Norte	7.637	38,8%
Metropolitana	19.666	100,0%

Población Atendida fuera de la RED SSMN en Atención Cerrada		
Distribución	Egresos	Porcentaje
Otros Servicios de Salud	1.170	67,3%
Metropolitano Norte	568	32,7%
Total general	1.738	100%

Desglose RM	Egresos	Porcentaje
Metropolitano Central	363	21,7%
Metropolitano Oriente	277	16,6%
Metropolitano Occidente	265	15,9%
Metropolitano Suroriente	100	6,0%
Metropolitano Sur	98	5,9%
Metropolitano Norte	568	34,0%
Metropolitana	1.671	100,0%

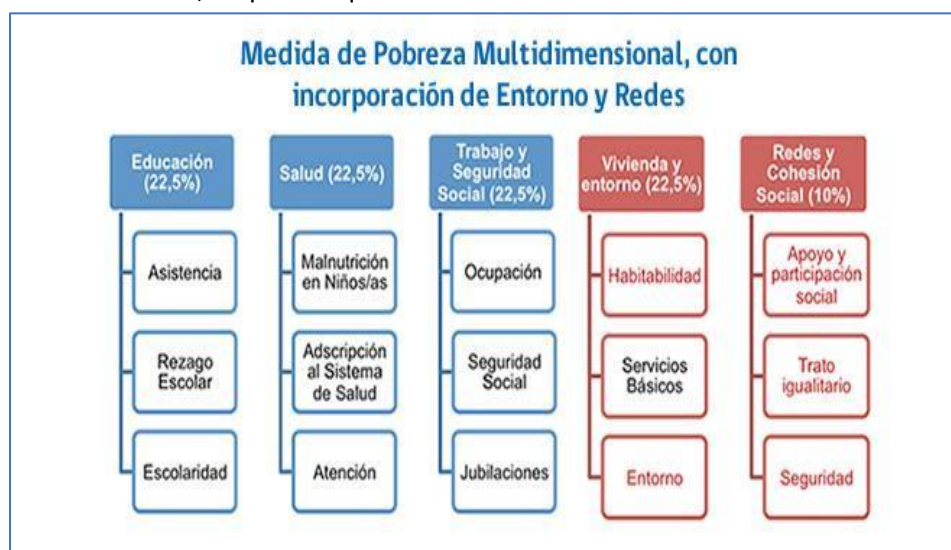
Fuente: Cuenta Pública 2020. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

La encuesta CASEN 2015 presenta resultados en base a “Estimaciones de la pobreza por ingresos y multidimensional en comunas con representatividad”¹. Para el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte, las comunas que se encuentran representadas son: Conchalí, Quilicura, Recoleta y Colina, quedan fuera de esta base otras comunas que componen la Red Norte, tales como: Til Til, Lampa Huechuraba e Independencia.

“La Encuesta Casen tiene por objetivo conocer periódicamente la situación socioeconómica de los hogares y de la población que reside en viviendas particulares, en aspectos tales como composición de hogares y familias, educación, salud, vivienda, trabajo, e ingresos, siendo la principal fuente de datos utilizada para la medición de la pobreza y desigualdad.”²

La metodología de medición de pobreza multidimensional incorpora los siguientes criterios:

- 5 dimensiones y 12 indicadores.
- Dentro de cada dimensión, los indicadores tienen igual peso: 7,5% en el caso de las dimensiones tradicionales y 3,33% en Redes y Cohesión Social.
- Los pesos de las dimensiones tradicionales son equivalentes (22,5%), mientras la dimensión Redes y Cohesión Social pesa un 10%.
- Un hogar se considera en situación de pobreza multidimensional, si presenta un 22,5% o más de carencias, lo que es equivalente a una dimensión tradicional.



Fuente: CEPAL.

¹ Bases de Datos Encuesta CASEN descargada del sitio WEB:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php

² Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. Página Web:

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>

Consultado el 22/03/2018 a las 21:40 horas.

De las comunas ya mencionadas, y que son representativas de las comunas en la RED, podemos observar que la comuna de Colina, 1 de las 3 comunas que componen la red norte que se encuentran fuera de la provincia de Santiago, presenta un porcentaje de pobreza a nivel multidimensional que supera el 30%:

Región	Comuna	Pobreza por Ingresos (%)	Pobreza Multidimensional (%)
Metropolitana	Colina	12,6	32,1
Metropolitana	Recoleta	13,9	26,2
Metropolitana	Conchalí	10,2	21,6
Metropolitana	Quilicura	7,8	18,5

Fuente: Elaboración Propia según los resultados de la Encuesta Casen 2015.



Las personas en situación de pobreza se ven expuestas en mayor medida a la falta de acceso a agua potable, la vida en ambientes contaminados, determinantes sociales que afectan y aumentan de forma significativa, la incidencia de ciertas enfermedades, tanto psiquiátricas como de otras especialidades. A su vez, el nivel de ingreso también constituye un determinante del tipo de alimentación que consumen las personas, de la higiene ambiental y la calidad habitacional donde comúnmente habitan, determinantes que se reproducen en las salas de nuestro instituto cuando los pacientes son ingresados. En ello, el eje central, tal como lo determina el nivel central, es establecer continuidad de cuidados e intervenciones que favorezcan la recuperación de nuestros usuarios en relación a su contexto social.

Dotación Funcionarios³

La dotación de cargos de la Ley 18.834 corresponde a:

CARGO	22 HORAS	44 HORAS	Total general
TENS		269	269
AUXILIARES		131	131
ADMINISTRATIVOS		97	97
ENFERMERAS/OS		49	49
PSICOLOGOS	25	13	38
OTROS PROFESIONALES		34	34
OTROS TECNICOS		27	27
ASISTENTES SOCIALES		22	22
TERAPEUTAS OCUPACIONALES		18	18
NUTRICIONISTA		5	5
TECNOLOGOS MEDICOS		4	4
KINESIOLOGOS		3	3
Total general	25	672	697

³ Dotación Vigente de acuerdo con lo informado por U. de Remuneraciones mes de Noviembre 2021.

 Servicio de Salud Metropolitano Norte Región Metropolitana Ministerio de Salud	 INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO DIR /UDICG
		Septiembre 2021

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK

Planificación Estratégica 2021 - 2025

La dotación de cargos de la Ley 19.664 corresponde a:

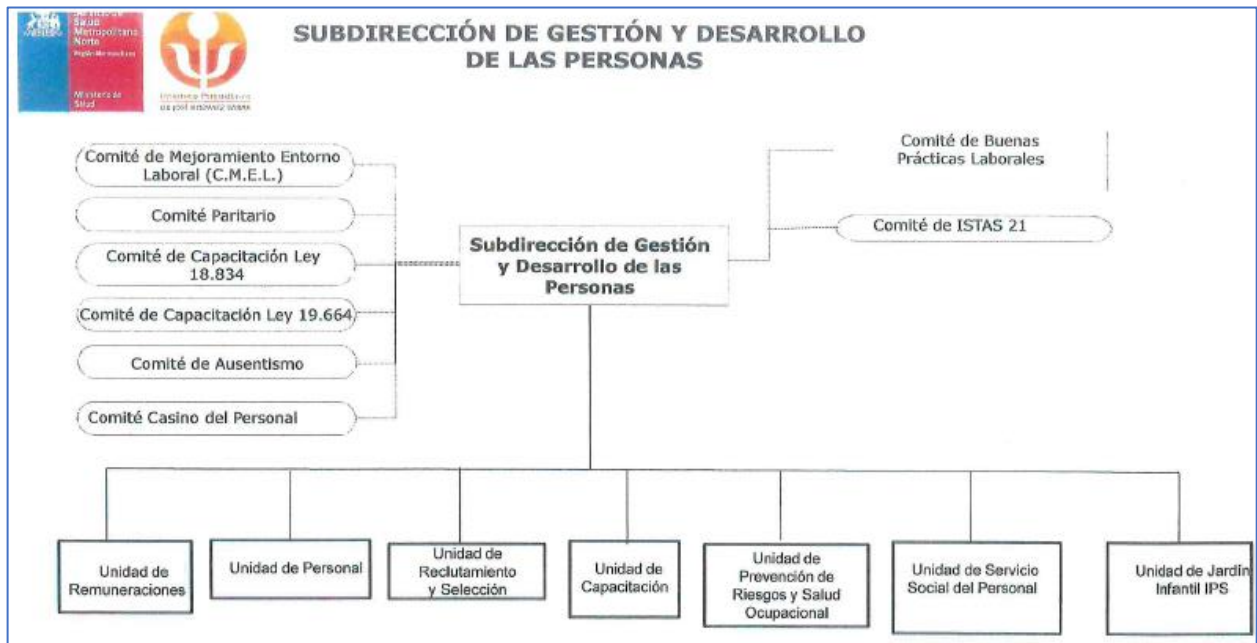
CARGOS	11 HORAS	22 HORAS	33 HORAS	44 HORAS	Total general
DIRECTOR DE HOSPITAL				1	1
SUBDIRECTOR MEDICO				1	1
MEDICO CIRUJANO	1	1			2
MEDICO PSIQUIATRA	33	53		8	94
PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO		3			3
JEFES DE SERVICIO		6	1		7
QUIMICO FARMACEUTICO	1	2		2	5
JEFES U. DE APOYO				2	2
Total general	36	65	2	13	115

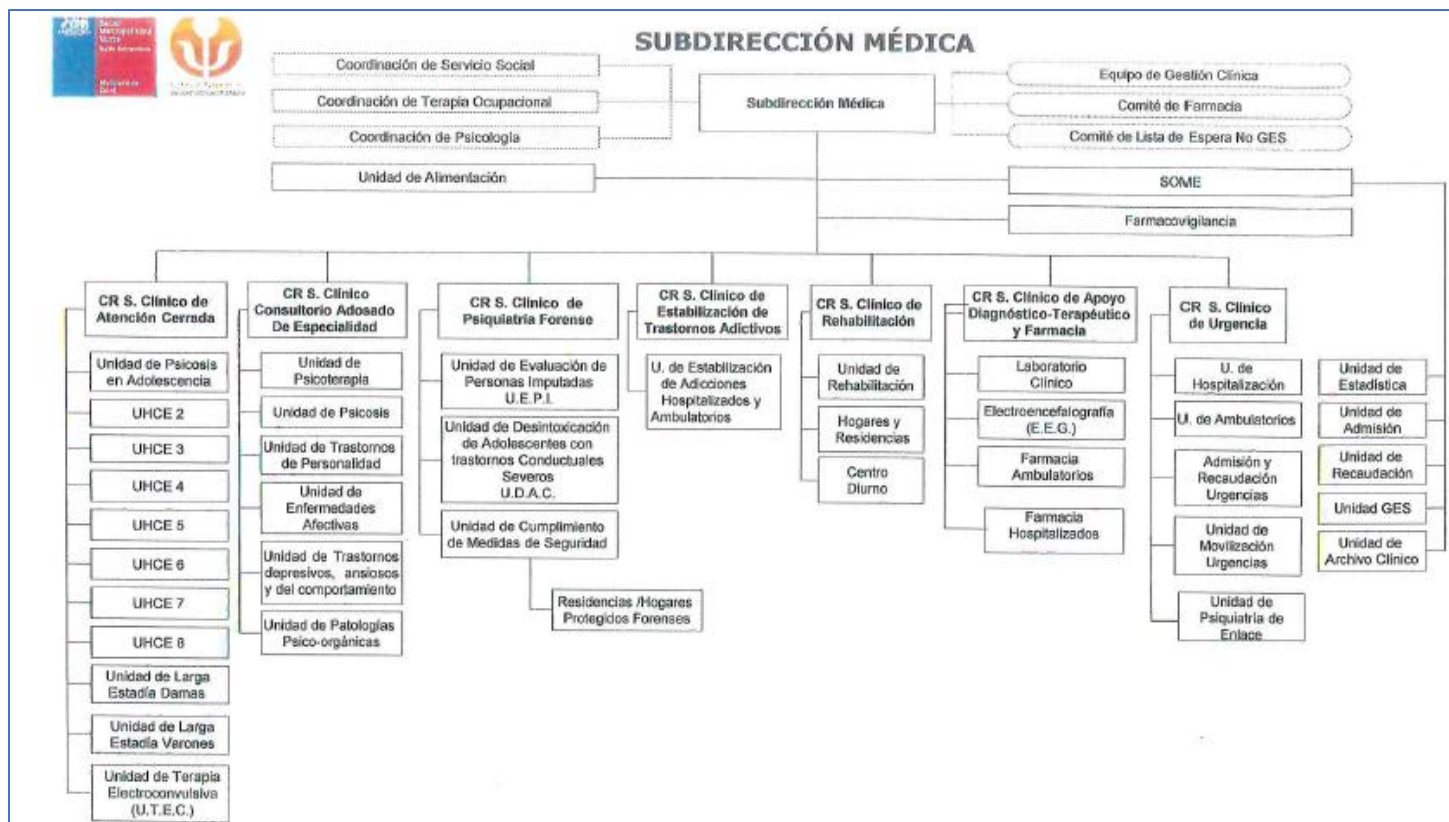
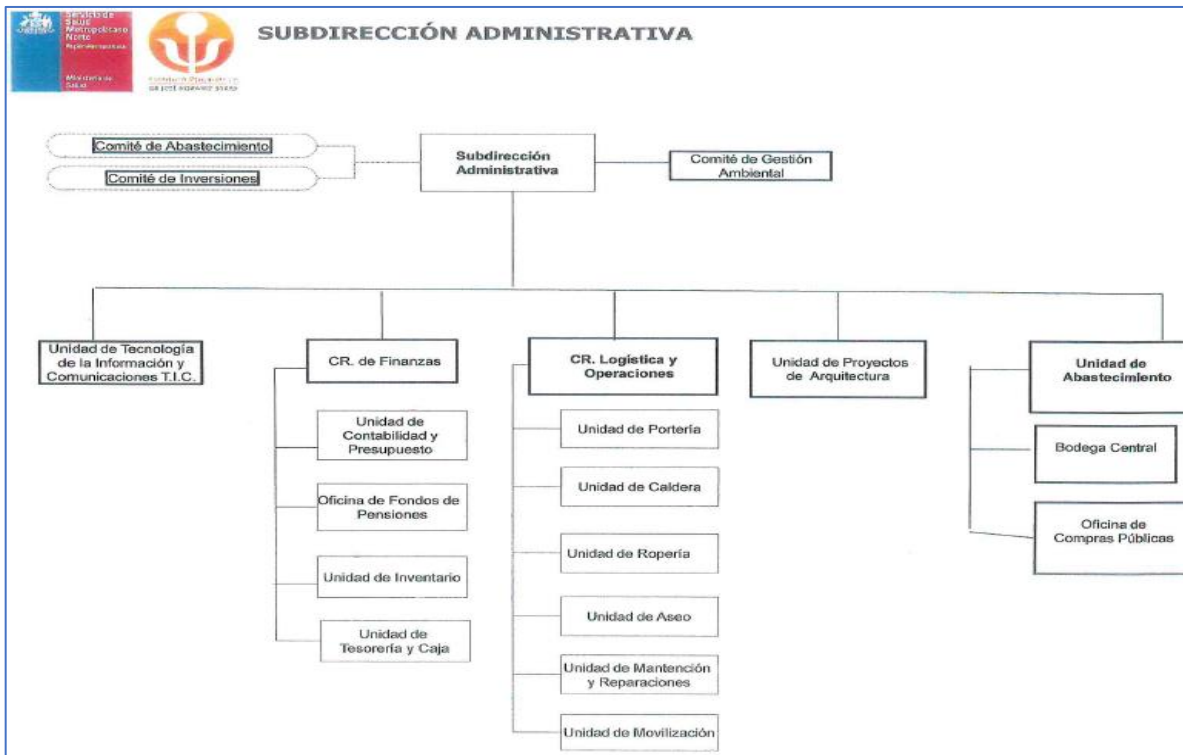
La dotación de cargos de la Ley 15.076 corresponde a:


CARGOS	Total general
MEDICO PSIQUIATRA EN TURNO	11
MEDICO PSIQUIATRA LIBERADO DE GUARDIA	2

Organigrama

El organigrama del Instituto corresponde a lo señalado en la **Resolución N° 1697 de 14.12.2018**, cuya estructura orgánica se encuentra vigente. La actualización de la orgánica Institucional, se realizará en etapas posteriores, en concordancia con el trabajo de Modelos de Gestión simultáneos al proceso de Planificación y descritas en etapas posteriores de este mismo documento.





	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

Fuentes de Información: Metodología Aplicada

El Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” inicia el proceso de Planificación Estratégica en Abril del 2021 y se extiende hasta Junio 2021, a través de talleres participativos que se desarrollaron con la comunidad hospitalaria vía remota, dadas las condiciones sanitarias de ese momento⁴. Posteriormente se realizaron talleres presenciales con el equipo clínico, quienes no pudieron estar en las jornadas, todo esto gracias a la coordinación con gremios y la Unidad Gestión del cuidado.

La Metodología escogida fue la de Marco Lógico⁵, dado que es una técnica que para el contexto del Instituto Psiquiátrico se consideró más adecuada, pues que integra análisis de involucrados/as y que a través de la participación permite desarrollar ideas creativas para establecer propuestas de solución para los diversos problemas identificados, generando un modelo de relaciones causales que explican tanto el problema, como su solución. (CEPAL, 2015)

La aplicación de esta herramienta desarrolló tres tópicos: La primera comenzó con un Diagnóstico – Árbol de Problemas, Posterior a ello se acordaron los Objetivos estratégicos – Árbol de soluciones, para luego finalizar con Plan de Trabajo – Actividades operativas.

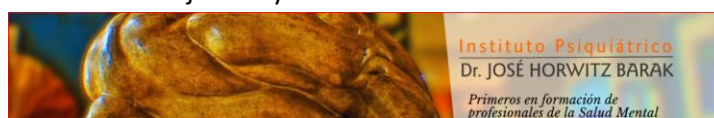
En total se ejecutaron 20 encuentros vía ZOOM: Con todo el hospital, donde participaron las Jefaturas, funcionarios y funcionarias de todos los estamentos, Dirección, y por supuesto, para recoger la perspectiva desde quienes inspiran al Instituto Psiquiátrico, el Consejo Consultivo de Usuarios/as con sus representantes. Además, se desarrollaron talleres presenciales, con el personal clínico de distintos sectores, quienes no pudieron acceder en las primeras instancias por ZOOM, fundamentalmente por la naturaleza de funciones y/o condiciones materiales.

Para consolidar las líneas estratégicas que surgieron de aquellos talleres, se construyó un Cuadro de Mando Integral⁶, el cual estructura el conjunto de objetivos y actividades relevantes en cuatro perspectivas fundamentales: (1) *Personas, usuario/as o cliente/as*, (2) *Procesos operativos internos*,

⁴ Fase 2 de Plan Paso a paso, en contexto de Alerta Sanitaria en el país producto de la Pandemia COVID.

⁵ La Metodología de Marco Lógico es una herramienta utilizada para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Se organiza en función de la obtención de objetivos, identifica los grupos beneficiarios y pretende facilitar la participación y la comunicación entre las partes

⁶ Herramienta de gestión que permite implementar la estrategia de una institución a partir de una serie de medidas de actuación, permitiendo un control permanente sobre todos los factores de la organización, interrelacionando objetivos y relacionándolos con acciones concretas.



(3) *Formación y aprendizaje*, y (4) *Financiera*-, lo que contribuye a equilibrar e interrelacionar las diferentes dimensiones de las organizaciones”⁷.

El resultado final fue la construcción la Planificación Estratégica del periodo 2021-2025 con un conjunto de metas que se esperan lograr en el mediano plazo. El proyecto preliminar, resultado de todos estos encuentros fue presentado y aprobado en un Plenario el 30 de septiembre 2021.

Talleres:

1. Diagnóstico – Árbol de Problemas.
2. Objetivos Estratégicos- Árbol de Soluciones
3. Plan de Trabajo- Actividades operativas.

Participación por talleres:

TALLER	ASISTENTES
1. Diagnóstico: Árbol De Problemas.	216
2. Objetivos Estratégicos: Árbol De Soluciones.	171
3. Plan de trabajo: Actividades operativas.	115
TOTAL ASISTENTES	500

Fuente: Elaboración propia en base a informe ZOOM 2021, usuario Institucional “Telesalud Horwitz”.

Participación por Área:

Participantes	Total
SUDIA	129
SUDIM	161
SGDP	116
DIRECCIÓN	28
CCU	24
GESTION DEL CUIDADO	44
TOTAL	502

Fuente: Elaboración propia en base a informe ZOOM 2021, usuario Institucional “Telesalud Horwitz”.

⁷ Fuente: <https://independent.academia.edu/GonzaloCaba>

Registro gráfico de Participantes:



The collage features several key elements:

- Zoom Meeting:** A large grid of participants in a virtual meeting, with names like 'Usuario_2', '457q', 'Maria Suleid C...', 'CKG', 'Flavio Torres', 'Camila Mottuzuki', and 'cae15' visible.
- Planificación Estratégica Participativa:** A poster for '3 talleres vía ZOOM' including 'Taller 1: Diagnóstico', 'Taller 2: Objetivos Estratégicos', and 'Taller 3: Actividades'. It includes a QR code and a registration link.
- Programa Taller:** A poster for 'Planificación Estratégica 2021-2024' featuring 'Taller 1: "Árbol de Problemas"' on 27.04.2021.
- Brainstorm:** A graphic with a lightbulb and the word 'Brainstorm'.
- PLENARIO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:** A purple poster for a meeting on 10 de septiembre from 10 AM to 12 PM via Zoom.
- Realizadas más de 30 Actividades:** A large yellow text box.
- Organizational Charts:** Several diagrams showing the structure of the institution, including a 'Percepción global del Clima laboral en los Hospitales'.

Síntesis:

En total se ejecutaron 20 encuentros vía ZOOM:

- Con cada Subdirección y sus equipos
- Con unidades clínicas y administrativas
- Con la Dirección
- Con el CCU

Más de 10 talleres presenciales

- Con el personal clínico de gestión del cuidado, quienes no pudieron acceder en las primeras instancias por ZOOM, fundamentalmente por la naturaleza de funciones y/o condiciones materiales.

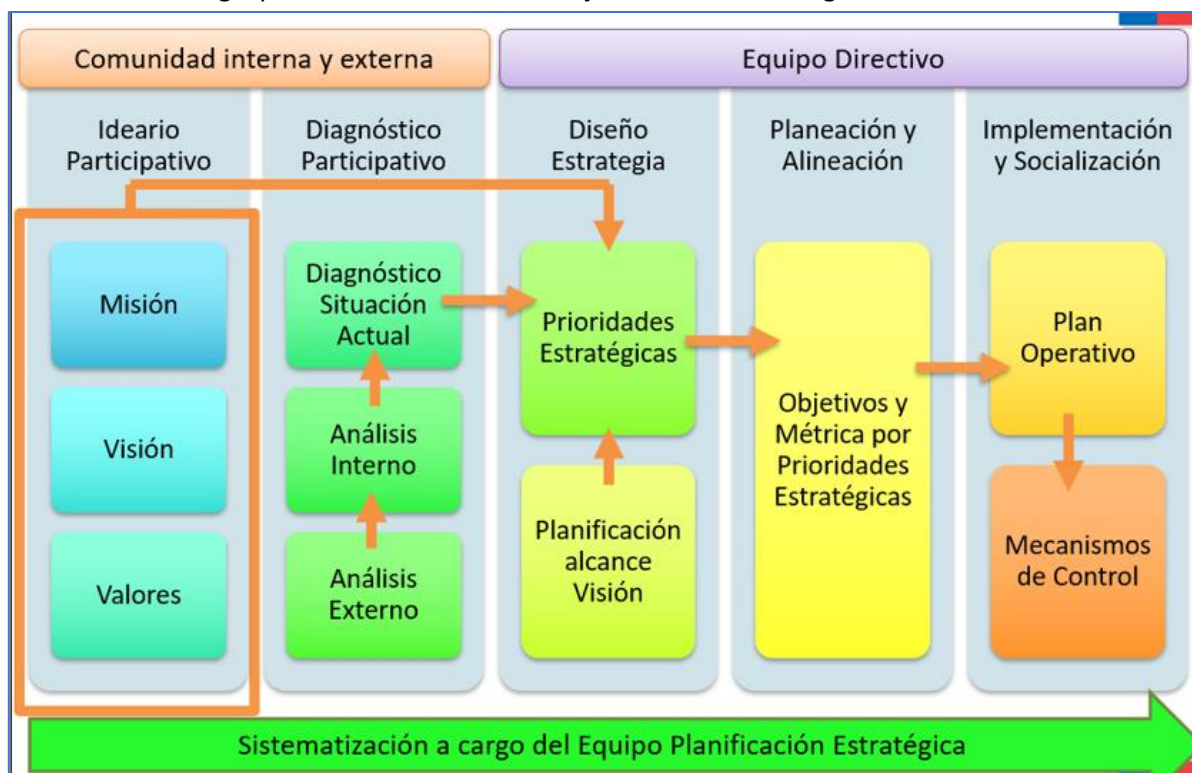
Análisis de Situación y Evaluación


Análisis Diagnostico

El siguiente diagnostico surge de la totalidad de talleres ejecutados en la primera etapa del proceso de planificación estratégica, desde una la mirada crítica acerca de los principales problemas que afectan a esta institución en el logro de sus objetivos. De esta manera en cada taller los grupos de trabajo evaluaron distintos aspectos importantes a considerar tales como: Capital Humano, Recursos físicos y materiales (Infraestructura y equipamiento), presupuestarios, protocolos y modelos de gestión clínica, entre otros aspectos distintivos que se verán en los árboles consolidados.

La metodología aplicada, validada por la CEPAL, fue la construcción de un “Árbol de problemas” con un análisis situacional. Cada grupo de trabajo identificó un problema, que abordaron buscando las causales que lo generan y los efectos que producen estos en la Institución.

De esta metodología podemos sintetizar el trabajo realizado como sigue:



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO DIR /UDICG
		Planificación Estratégica 2021 - 2025

Árbol De Problemas

SUBDIRECCION MEDICA Y GESTIÓN DEL CUIDADO

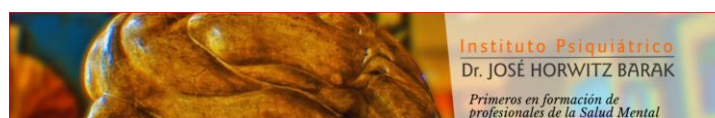
- **ATENCIÓN CERRADA:** Dificultad para brindar atención de calidad clínica a usuarios/as Hospitalizados.
- **CAE:** Comunicación y coordinación entre los servicios deficiente.
- **URGENCIA:** Dificultad para brindar atención de calidad clínica-territorial a usuarios/as que ingresan a urgencias.
- **GESTION DEL CUIDADO UHCE:** Sobrecarga laboral del personal clínico, que trabaja en cuidado directo de usuarios/as Hospitalizado/as.
- **GESTION DEL CUIDADO CAE:** Inexistencia de mecanismos de control y mejora continua, sumado a la poca claridad de las normas, protocolos, procedimientos y en el quehacer general del Policlínico.
- **GESTION DEL CUIDADO URGENCIAS:** El personal de Urgencia supe y brinda soporte en diversas instancias hospitalarias que excede sus funciones y sobrecarga al personal.
- **APOYO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO Y FARMACIA:** Problemas de coordinación con Unidades que requieren servicios de Apoyo Diagnóstico-Terapéutico y Farmacia.



SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

- Ineficiencia en el uso de nuevos instrumentos de gestión o información. (Resistencia al cambio).
- Multiplicidad de Funciones y Objetivos pocos claros en el quehacer de las Unidades.
- Deficiencias en los procesos internos y trabajo de las Unidades, asociado a Seguridad, Calidad y Eficiencia.

SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

- Dificultad para ejercer liderazgo en jefaturas para toma de decisiones.
- Comunicación deficiente que dificulta a los equipos de trabajo en su quehacer institucional.
- Percepción negativa del Clima laboral entre las Unidades que dificulta destacar todo el potencial del personal.



		INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
			DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025			Septiembre 2021

CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS/AS

Deficiencias en mecanismos de integración e información a pacientes, familiares y responsables de los pacientes con respecto al ingreso, tratamiento, alta y seguimiento (derivación/levantamiento diagnóstico).

Árbol De Objetivos

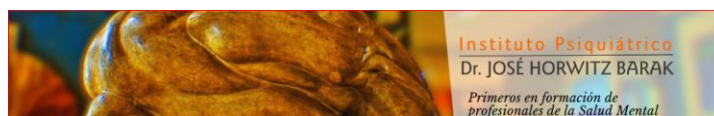
La ejecución de a la segunda etapa, se basó concretamente en la búsqueda de estrategias de soluciones a los problemas identificados en el Taller N°1 Diagnostico. De esta forma, los “Arboles de problemas” trabajados en el primer taller, se ocuparon como un importante insumo a analizar, así, los problemas centrales se convierten en *Objetivos Estratégicos*, y los factores que generaban las problemáticas, se transformaron en *Medios* para alcanzar en el mediano plazo los objetivos estratégicos del Instituto “Dr. José Horwitz Barak”.


DIRECCION

Por parte de la Dirección y su equipo, la actividad consistió en realizar una *Matriz de posicionamiento*, la cual evalúa en qué posición se encuentra la institución y que apreciación tienen de ella respecto a 4 ejes: Eficacia Social, Expectativas Usuarios/as, Expectativas Nivel Central y Alternativas a nuestros servicios. Con el fin de proponer estrategias para mejorar el desempeño en cada uno de los 4 ámbitos.

SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y GESTIÓN DEL CUIDADO

- **ATENCIÓN CERRADA:** Brindar atención de calidad clínica a usuarios/as Hospitalizados.
- **CAE:** Comunicación y coordinación entre servicios eficiente.
- **URGENCIA:** Brindar atención de calidad clínica-territorial a usuarios/as que ingresan a urgencias.
- **GESTION DEL CUIDADO UHCE:** Disminución carga laboral del personal clínico en el cuidado directo de usuarios/as Hospitalizado/as.
- **GESTION DEL CUIDADO CAE:** Organización y coordinación en el funcionamiento general del Policlínico.
- **GESTION DEL CUIDADO URGENCIAS:** Delimitación de las funciones que CR de Urgencias debe cumplir.
- **APOYO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO Y FARMACIA:** Coordinación con Unidades que requieren servicios de Apoyo Diagnóstico-Terapéutico y Farmacia.



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK Planificación Estratégica 2021 - 2025	CÓDIGO DIR /UDICG
		Septiembre 2021

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA


- Implementación satisfactoria de nuevos instrumentos de gestión o información: operatividad y eficiencia.
- Claridad de funciones y objetivos en el quehacer de Las Unidades.
- Procesos internos y trabajo de las unidades, asociada a seguridad, calidad y eficiencia.

SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

- Percepción positiva del Clima laboral entre las Unidades.
- Comunicación eficiente facilita a los equipos de trabajo en su quehacer institucional.
- Fortalecer el liderazgo y toma de decisiones de las jefaturas al interior del IPS.

CONSEJO CONSULTIVO DE USUARIOS/AS

- Educación constante a Usuarios/as, familiares y/o tutores, sobre: ingreso, tratamiento, alta y seguimiento (derivación/levantamiento diagnóstico).

	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO DIR /UDICG
		Septiembre 2021

Planificación Estratégica 2021 - 2025

Definiciones Estratégicas

Las definiciones estratégicas se mantienen de la Planificación anterior, pues producto de la contingencia sanitaria, no fue posible efectuar jornadas de discusión en terreno que permitiesen una construcción conjunta de una nueva misión; sin embargo, en los mismos talleres, se manifestó el acuerdo con la actual Misión y Visión Institucional, pues fue una construcción colectiva que da cuenta de los pilares fundamentales del quehacer institucional.

Misión

Somos un Instituto público de Psiquiatría y Salud Mental de mediana y alta complejidad, que brinda atención integral, digna y de calidad a toda persona adulta que lo requiera.

Contamos con equipos multidisciplinarios especializados de gran calidad humana, compromiso y excelencia profesional, que otorgan tratamiento y rehabilitación a nuestros pacientes, facilitando su reinserción en la comunidad.

Somos referente nacional en Psiquiatría y Salud Mental, tanto en lo clínico como en la formación de especialistas y realizamos investigación y extensión para el desarrollo de la especialidad.

Visión

“Ser líder de excelencia e innovación en la prestación de servicios clínicos, docencia e investigación en Psiquiatría y Salud Mental, brindando una atención digna y de calidad centrada en la persona e integrando a la familia y comunidad.”

Valores



-  **Dignidad de la atención**
-  **Universalidad**
-  **Excelencia en la atención**
-  **Compromiso**
-  **Trabajo en Equipo**
-  **Vocación de servicio**
-  **Competencia técnica**
-  **Respeto**
-  **Responsabilidad**

VALORES INSTITUCIONALES

Políticas Institucionales

Una política institucional es una decisión escrita que se establece como una guía, para los miembros de una organización, sobre los límites dentro de los cuales pueden operar dentro de la organización; definiendo así, una guía que orienta la acción.

Política de Recursos Humanos.

Alcance

El Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas depende directamente de la Dirección del Instituto y está a cargo de lidera la Subdirección que lleva el ciclo de vida funcionaria

Su rol principal es administrar y gestionar el capital humano del Instituto y su disponibilidad, propendiendo al desarrollo eficiente de las competencias de cada uno de nuestros colaboradores, organizándose en la siguiente configuración para el logro de sus objetivos

Roles y responsabilidades

- Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas
 - Unidad de Reclutamiento y Selección.
 - Unidad de Asistencia Social del Personal.
 - Unidad de Capacitación.
 - Unidad de Prevención de Riesgos.
 - Unidad de Gestión de Personas.
 - Unidad de Remuneraciones.

Objetivo


Cuidar, fortalecer y mejorar la gestión del capital humano en los distintos departamentos, servicio y unidades del Instituto, generando las condiciones y las acciones necesarias para asegurar el buen desarrollo laboral de los funcionarios y su aporte hacia la institución.

Lineamientos 1

- Mantener un modelo de Reclutamiento y Selección que tenga la capacidad de atraer y desarrollar equipos de personas con un alto nivel de desempeño y compromiso para la atención de los usuarios internos y externos.
- Entregar servicio de excelencia a sus usuarios internos y mantener una gestión adecuada al marco legal y normativo vigente, circunscritos en acciones transparentes y trazables.
- Gestionar y desarrollar proyectos y políticas orientadas al desarrollo organizacional y al mejoramiento de la cultura institucional.

Lineamientos 2

- Generar canales de Información y comunicación efectivas y amigables, para mantener a la comunidad hospitalaria informada con contenidos claros y de utilidad.
- Prestar asesoría y apoyo a la Dirección en temas relativos a la gestión y desarrollo del capital humano, tanto en su ámbito legal como estratégico.
- Desarrollar herramientas y metodologías que aporten al mejoramiento de la gestión del capital humano, mediante la implementación de indicadores de gestión internos, que aporten información relevante para la gestión del Instituto.

	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

Políticas específicas de la Subdirección

POLÍTICAS DE RELACIONES LABORALES

Se reconoce el rol de las Asociaciones Gremiales, como organizaciones a las que, los integrantes de la Institución se adhieren voluntariamente y a través de las cuales buscan cautelar el respeto de sus derechos laborales. Las relaciones entre las autoridades y los representantes de cada uno de los Gremios se desarrollarán en un clima de permanente diálogo, colaboración, respeto mutuo, transparencia y fluidez, dentro del marco de la legislación, normativa e instructivos vigentes, que establezcan la participación de los funcionarios organizados.

Será la Dirección, dada su potestad ante las decisiones estratégicas y lineamientos Institucionales, quien finalmente dirima los temas, acuerdos y gestiones finales para con su contraparte.

POLÍTICAS DE CONTRATACIONES

Para todo proceso de Contratación, la SDGDP se basará en la legislación vigente y los lineamientos internos. Las políticas de contratación en la Planta del Instituto son aplicadas y están a cargo de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, la contratación de personas a Contrata, así como la contratación a honorarios es aplicada y están a cargo del Instituto Psiquiátrico, siendo su Director(a) el responsable de sancionar cada resolución de contrato.

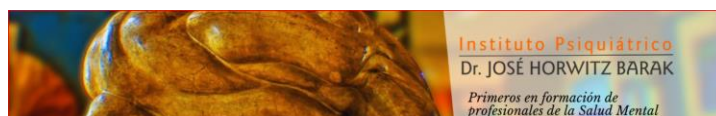
POLÍTICAS DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS


Los objetivos de la capacitación serán el reflejo de la misión y de los objetivos estratégicos del Instituto en su totalidad. El diseño del programa anual y quinquenal de capacitación deberá considerar los objetivos estratégicos de la Institución y las necesidades de desarrollo de competencias de los funcionarios para que sus desempeños sean los que se requieran, enmarcando dentro de las orientaciones técnicas del MINSAL en esta área.

Las jefaturas serán las responsables de asegurar la asistencia y continuidad de sus funcionarios a cargo, evitando la deserción temprana (inscripción del curso y no asistencia) y la deserción tardía (asistir sólo a una fracción del curso), siendo esta responsabilidad, un criterio de su propia evaluación de desempeño; los funcionarios serán responsables de asistir a las capacitaciones que se comprometan en la retroalimentación de la evaluación de desempeño, cumpliendo con la cantidad de horas necesarias en el período anual y/o que estén consideradas/asignadas en el programa quinquenal de capacitación.

POLÍTICAS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

El análisis de desempeño es una instancia de retroalimentación periódica entre el funcionario y su jefe directo. Busca desarrollar el desempeño del primero y otorgarle el apoyo necesario para que ello ocurra. Esto debe realizarse en los plazos establecidos y de manera rigurosa, responsabilidad que radica en la jefatura. En caso de que la jefatura no cumpla con su responsabilidad, influirá negativamente en la evaluación de su desempeño.



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

POLÍTICAS DE REMUNERACIONES

Las remuneraciones serán calculadas y procesadas como se indica en el “Manual de Remuneraciones” vigente y sancionado por Resolución. Las remuneraciones son establecidas en función al cargo que ocupa cada persona, y de la complejidad y exigencia de las competencias asociadas a dicho cargo y no de la persona misma. La Unidad de Remuneraciones entregará reportes mensuales del análisis financiero y de las diferencias mensuales, con el propósito de ir ajustando las políticas y analizando el comportamiento del gasto a nivel del Establecimiento, permitiendo que la SDGDP, la Subdirección Administrativa y la Dirección puedan establecer lineamientos de gestión.

POLÍTICAS DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

Todos los Funcionarios que ingresen a la institución deberán ser sometidos a un proceso de reclutamiento y selección. Este proceso se definirá a través del desarrollo de perfiles de cargos y perfiles de competencias y se definirá el candidato óptimo en conjunto con los clientes internos (referentes).

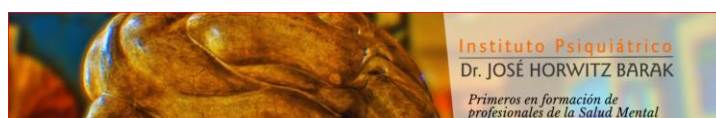
POLÍTICAS DE SALUD DE LAS PERSONAS

El Instituto Psiquiátrico proporcionará a todos los funcionarios un lugar adecuado para el desempeño de sus funciones y su cargo, de acuerdo a los recursos disponibles, pero asegurando otorgar todos los implementos necesarios para el desarrollo de sus funciones y el resguardo de su salud. La salud de las personas es de responsabilidad compartida entre la Institución y las personas que le conforman. El Instituto asume la responsabilidad de establecer estrategias, políticas y programas concretos para proporcionar estilos de vida saludable dentro de la organización, tomar las medidas necesarias para prevenir los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

El Instituto se compromete a utilizar todos los medios que estén a su alcance para proveer y propiciar condiciones y acciones seguras para las personas, dos de estos medios son: el “Comité Paritario de Orden, Higiene y Seguridad” y el “Comité de Calidad de Vida Laboral”. La Institución ejercerá las acciones necesarias para que dichos comités se mantengan activo y con los recursos y condiciones necesarias para su buen funcionamiento y el cumplimiento de sus indicaciones.

POLÍTICAS DE INDUCCIÓN

Todos los funcionarios que se contraten serán sometidos a un programa de Inducción, el que estará a cargo de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas. El objetivo de este programa será proporcionar información estratégica, organizacional, técnica, legal y normativa necesaria para que las personas puedan insertarse rápida y adecuadamente en la organización y lograr los mejores desempeños posibles en el más breve plazo desde su incorporación.



Política de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria

Alcance

Planificación, administración y control de los recursos físicos y financieros disponibles en la Institución, asesora y colabora en la gestión administrativa del Instituto, en materias relativas a los asuntos financieros, presupuestarios, de recursos físicos, de abastecimiento, logísticos, de inversiones y de apoyo tecnológico que hacen posible el desarrollo de las actividades de la Institución.

Roles y responsabilidades

Liderado por la Subdirector/a Administrativa y para el cumplimiento de sus funciones está organizado en base a:

- Departamento de Finanzas.
- Departamento de Operaciones y Logística.
 - Unidad de Proyectos.
 - Unidad de Abastecimiento.
 - Unidad de Informática.
- Comités Administrativos.

Objetivo



Gestionar los recursos del Instituto, la que debe ajustarse a las políticas Ministeriales y del Servicio de Salud Metropolitano Norte, velando por la adecuada gestión del área financiera, de los recursos físicos, informáticos, y de operación y logística, con el fin de contribuir al logro de los objetivos y metas institucionales.

Políticas Generales

- Implementará las mejores prácticas en la gestión de compras públicas, de acuerdo con los requerimientos legales actualizados.
- Propenderá a generar iniciativas de inversión, que podrá llevar a cabo considerando distintas fuentes de financiamiento.
 - Definirá la política y directrices en materia informática para el desarrollo, implementación y mantención del área de tecnologías de la información
- Definirá los estándares relacionados con las herramientas, los equipos, el software y las comunicaciones a utilizar en el desarrollo de la gestión, a fin de lograr compatibilidad en el desarrollo informático.

Lineamientos

- El Instituto velará por mantener el equilibrio financiero a través del seguimiento y control de los ingresos y del gasto.
 - La gestión administrativa y financiera se desarrollará dentro del marco presupuestario establecido para cada año, siguiendo las políticas y normas gubernamentales
 - Garantizará la continuidad de la atención resguardando los recursos físicos de la infraestructura, equipos y equipamiento, en base a una planificación y un programa efectivo de mantención, reparación y reposición de bienes y servicios en base a los recursos presupuestarios disponibles.

		INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK Planificación Estratégica 2021 - 2025	CÓDIGO DIR /UDICG
			Septiembre 2021

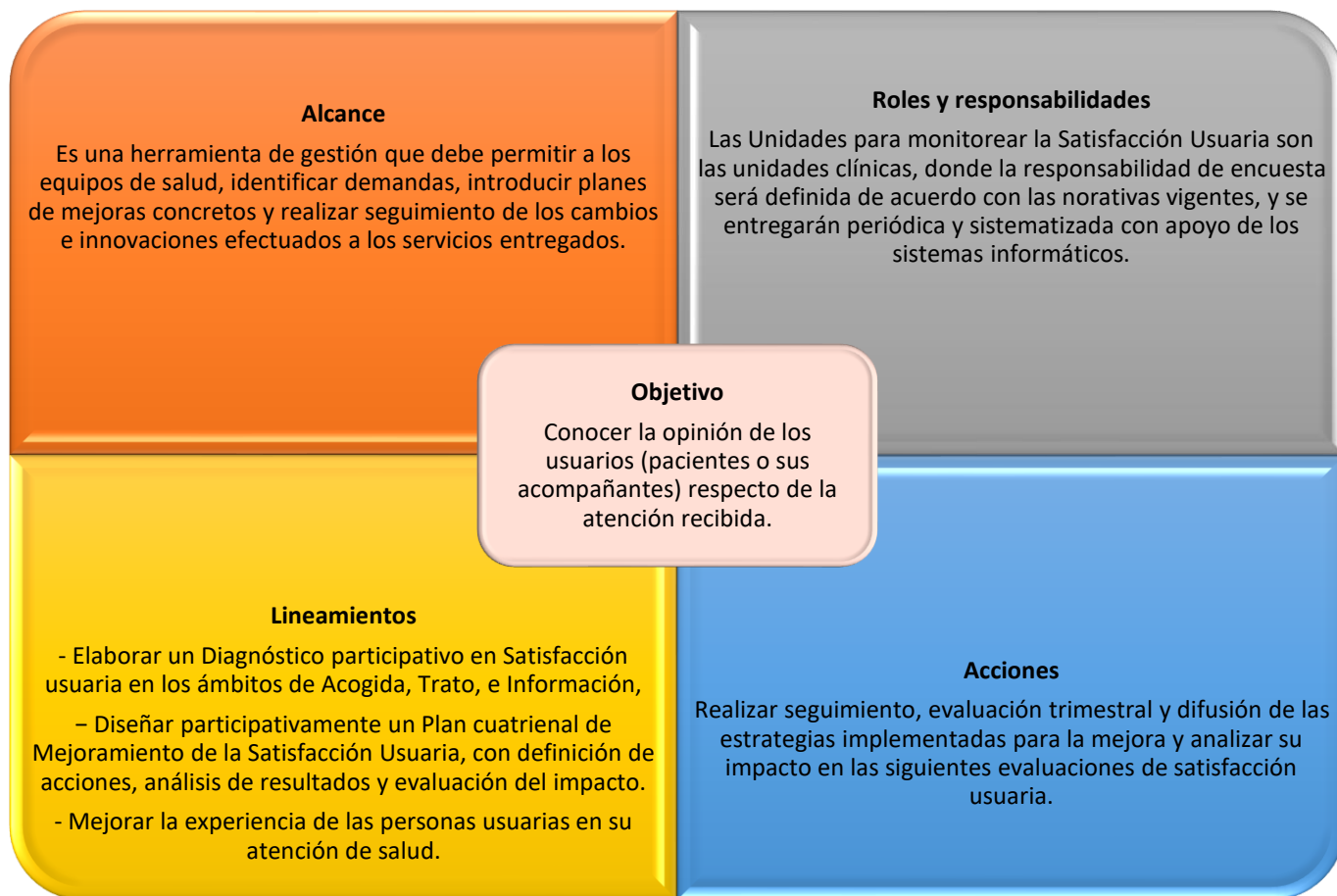
Plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria

Actualmente la Subdirección está actualizando manuales y protocolos en una gestión permanente para optimizar su gestión de acuerdo con la normativa vigente y las mejoras que se realizan en su labor diaria, ente los que podemos establecer:

1. PROCEDIMIENTOS DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS
2. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE FONDO DE PENSIONES
3. MANUAL DE USO Y SEGURIDAD DEL SISTEMA ADMINISTRATIVO CONTABLE EN EL ÁMBITO INFORMÁTICO
4. PROCEDIMIENTO DE DEVENGO OPORTUNO Y PAGO CENTRALIZADO, APLICACIÓN DE LA NORMATIVA EN EL INSTITUTO
5. PROCEDIMIENTO DE CAJA Y FONDO FIJO

Actividades que se encuentran actualmente en ejecución cuya distribución tendrá su correspondiente planificación en el Plan Anual de la Subdirección.

Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.



Plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.

En concordancia con las políticas Ministeriales, el Plan de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría abordará las Líneas estratégicas definidas en COMGES y EAR. En detalle:

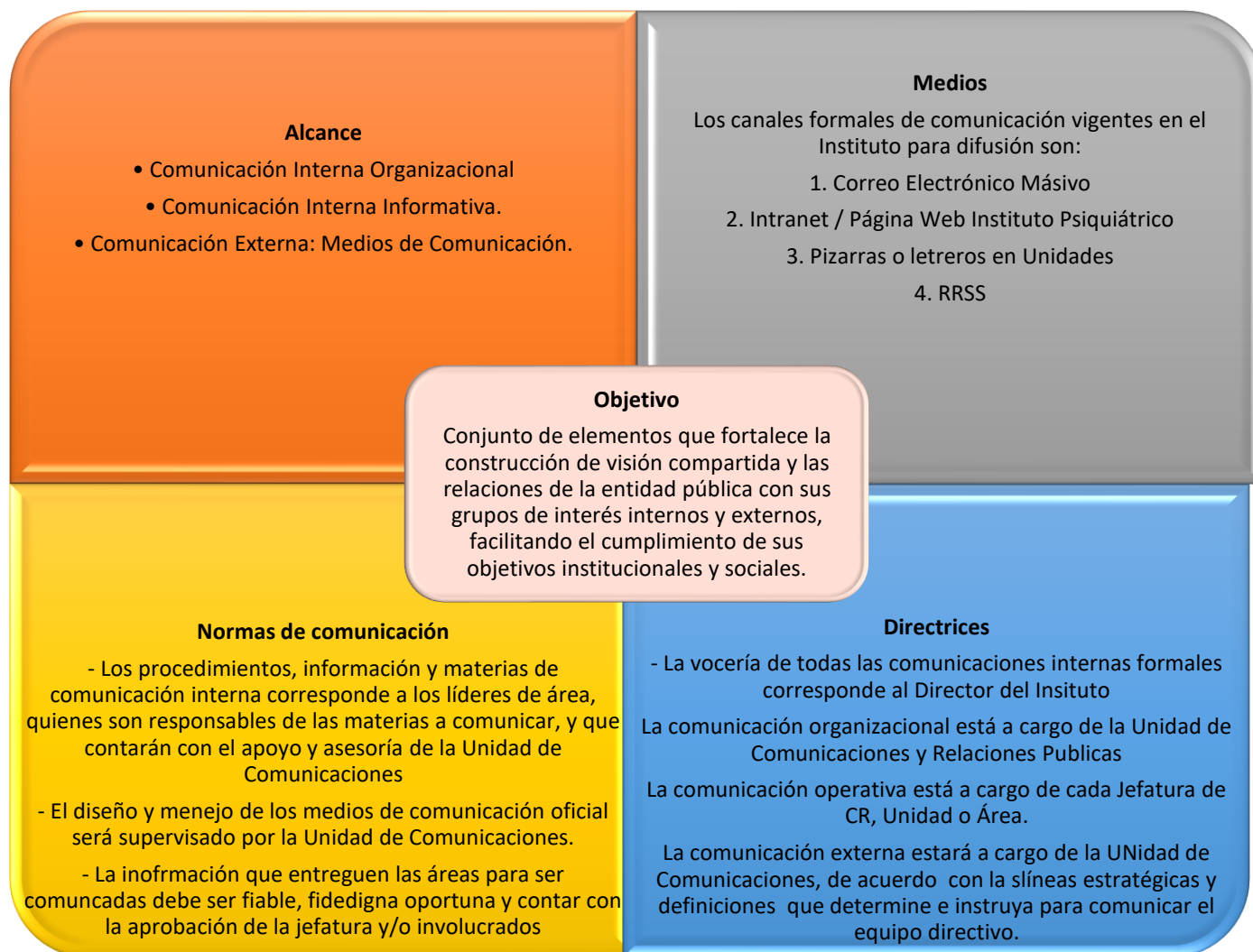
- 🚦 Implementación del Plan de Mejora de la Satisfacción Usuaría.
- 🚦 Elaboración y/o actualización de un protocolo de atención a usuarios
- 🚦 Difusión del Protocolo
- 🚦 Medición de la Satisfacción Usuaría Mensualmente en las Unidades de Ambulatorio del Instituto, a través de los mecanismos oficiales establecidos para ello.

Actualmente, y en continuidad se aplican 3 encuestas periódicamente en la Institución:

1. Satisfacción en CAE
2. Satisfacción en la entrega de medicamentos en Ambulatorio
3. Cumplimiento de los Derechos y Deberes en pacientes hospitalizados.

Política de Comunicaciones

En la Auditoría N° 17 de 2020: Auditoría de Aseguramiento del Sistema de Control Interno del Instituto Psiquiátrico, basado en el Marco Integrado de Control Interno COSO. Se establece como hallazgo la necesidad de: *“Reforzar estos contenidos en los funcionarios, considerando los cambios ocurridos a raíz de la pandemia COVID-19, y la implementación de modalidad de trabajo remoto, utilización de aplicaciones y programas nuevos, actividades que pudiesen aumentar los riesgos en seguridad de la información del Instituto Psiquiátrico”*, con ello, se establece como necesidad de la Institución: *“Incluir en Planificación estratégica 2021-2024 una Política formal de comunicaciones institucional, que permita abordar la gestión de información estratégica y operacional, considerar la relación costo/beneficio de la administración de información, que pueda contribuir en la consecución de los objetivos planteados para los próximos 4 años”*. En este contexto surge la necesidad de incluir una Política de comunicaciones, la cual se detalla a continuación:



Política de Calidad y Seguridad del Paciente

Alcance

Las prestaciones entregadas deben ser seguras, medibles y trazables; cumpliendo con los siguientes conceptos:
Que no causen daño adicional al esperado a la enfermedad en tratamiento.

Que sean efectivas, pues están basadas en la evidencia médica, respetando los protocolos y guías clínicas.

Que sean centradas en el paciente respetando sus preferencias, necesidades y valores.

Deben ser entregadas de manera oportuna, deben ser eficientes, deben ser equitativas, deben ser equitativas.

Que sean entregadas respetando el proceso de toma de conocimiento del paciente, es decir, mediante el consentimiento informado.

Lineamientos: Principios rectores

Validez Para impactar en la calidad y seguridad del paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Cultura de Seguridad. El ambiente de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Multicausalidad. El tema de la calidad y seguridad del paciente es sistémico y multicausal por lo cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Alianza con el paciente y su familia. Alianza con el profesional de la salud.

Objetivo

Direccionar los planes y programas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud de calidad para disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud.

Enfoque de atención centrado en el usuario.

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él, siendo el eje sobre el cual giran todas las acciones en calidad y seguridad del paciente.

Coordinar a los diferentes actores del establecimiento para el desarrollo de programas de mejora continua en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

Tanto la gestión de procesos clínicos como los de apoyo deben realizarse en función de protocolos que se establecen y formalizan en el marco de un Sistema de Gestión de Calidad, que permita la trazabilidad de los servicios y su replicabilidad.

Roles y responsabilidad

La política de calidad y seguridad del paciente parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual debe contar con la activa participación y compromiso de éstos.

La actividad clínica y de apoyo, debe regirse por las disposiciones legales y reglamentarias que le son aplicables. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de calidad y de seguridad del paciente a las diferentes unidades de la Institución

Sistemas de Planificación y Control de Gestión

Alcance

El sistema de planificación y control es un proceso compuesto por distintos elementos que implican a toda la organización, cuyo objetivo final es dar información para proveer de información para la toma de decisión del equipo directivo.

Roles y responsabilidades

Unidad Asesora de la Dirección cuya responsabilidad radica en permitir conocer cómo, cuándo y dónde se han empleado todos los recursos puestos a disposición de los diferentes responsables para poder obtener los resultados concretos en función de los objetivos previstos.

Objetivo

Asesorar a la Dirección en materias de gestión institucional para velar por el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Lineamientos

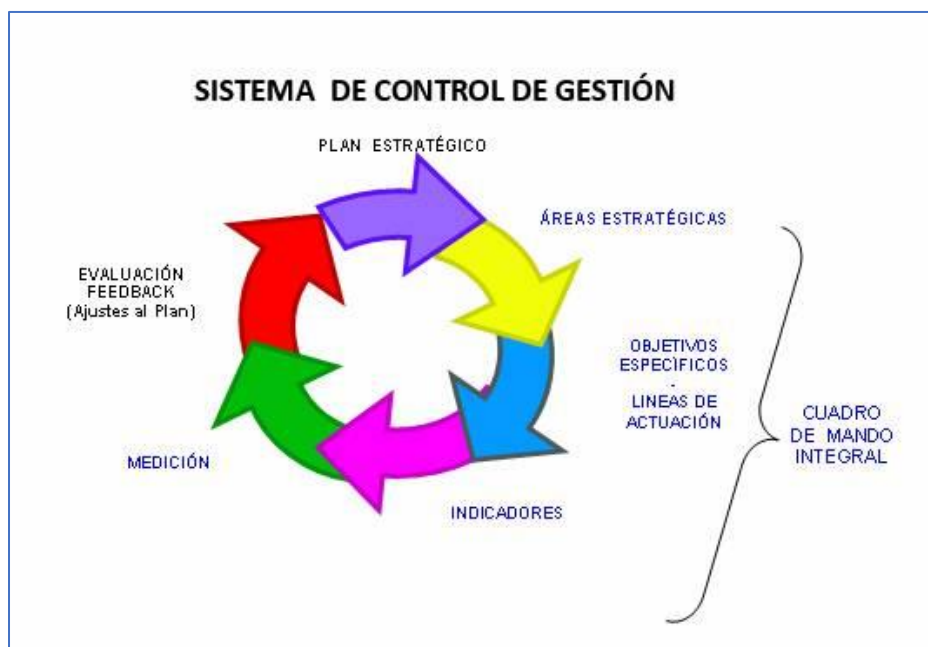
El control de gestión es un instrumento administrativo, asesor de la dirección de la institución que le permite obtener las informaciones necesarias, fiables y oportunas, para la toma de decisiones operativas y estratégicas.


El control de gestión es el proceso que mide el aprovechamiento eficaz y permanente de los recursos para el logro de los objetivos institucionales.

Funcionamiento

Sistema organizativo basado en áreas o departamentos de responsabilidad muy bien definidos mediante las funciones y tareas a realizar por cada responsable.

Conocer los componentes mínimos y necesarios para que un sistema de control de gestión a través de la información de las distintas unidades y sistemas, para evaluar y corregir las desviaciones de los resultados institucionales.



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

Directrices Estratégicas

Plan estratégico: Ejes Estratégicos y Objetivos

El siguiente Cuadro de Mando integral, es resultado del trabajo consolidado de los 20 talleres ZOOM y los encuentros presenciales. Se distribuyeron en 4 líneas estratégicas, en concordancia con el BSC, y 23 objetivos las cuales están en concordancia con cuatro perspectivas fundamentales. Estas 4 Perspectivas del BSC, consecuencia de los objetivos estratégicos, se enmarcan en 4 líneas estratégicas, donde la consecución de resultados depende de forma directa de la consecución de los objetivos en las perspectivas del mapa. Así, los objetivos estratégicos para el periodo serán aquellos definidos como Resultados en la Perspectiva final del Mapa, así, los objetivos estratégicos del periodo que dure la planificación son:

Perspectiva Resultados

- ✚ Posicionar al IPS como Centro de Referencia Nacional en Psiquiatría
- ✚ Brindar la intervención terapéutica oportuna a los beneficiarios del sistema de salud público
- ✚ Difundir el resguardo de derechos humanos e Integridad Pública
- ✚ Impulsar los estándares de Calidad y mejora continua
- ✚ Promover la docencia, investigación y extensión en los ámbitos de Psiquiatría y Salud Mental

Perspectiva Clientes⁸

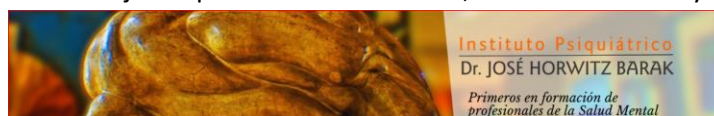
- ✚ Estandarizar Procesos de Atención
- ✚ Establecer Mecanismos de Coordinación de Equipos
- ✚ Disminuir las Hospitalizaciones Prolongadas
- ✚ Establecer mecanismos de supervisión y directrices en el funcionamiento de los programas y estamentos
- ✚ Establecer Protocolos de funcionamiento y derivación interna y externa
- ✚ Elaboración de protocolos en equipo y realista con elementos del entorno para prevención de agresiones a usuarios externos e internos
- ✚ Distribuir la carga laboral equitativamente y trabajo en equipo


En la Perspectiva Clientes, se realizó un desglose de acuerdo con las 3 grandes áreas del proceso hospitalario, en ello podemos describir:

Atención Cerrada

- ✚ Estandarizar Procesos de Atención
- ✚ Establecer Mecanismos de Coordinación de Equipos

⁸ En esta Perspectiva el desglose se aumenta en los objetivos y actividades, pues existe una planificación detallada por los 3 ámbitos de intervención actuales en el Instituto, también conocidos como ejes en el viaje del paciente: Ambulatorio, Atención Cerrada y Urgencia.



	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK	CÓDIGO
		DIR /UDICG
Planificación Estratégica 2021 - 2025		Septiembre 2021

- ✚ Incrementar el Compromiso Profesional
- ✚ Brindar continuidad de la atención en el tratamiento
- ✚ Establecer planes para lograr mayor Inversión en Infraestructura
- ✚ Disminuir las Hospitalizaciones Prolongadas

Atención Ambulatoria

- ✚ Establecer mecanismos de supervisión y directrices en el funcionamiento de los programas y estamentos
- ✚ Difusión, capacitación y mejoras en la Ficha Clínica Electrónica Institucionalizada
- ✚ Establecer Protocolos de funcionamiento y derivación interna y externa
- ✚ Mejorar la distribución de horas administrativas eficientemente
- ✚ Mejorar las condiciones de trabajo
- ✚ (RRFF, materiales y humanos)

Atención de Urgencia

- ✚ Definir mecanismo de atención que permita al SU atender prioritariamente a RED territorial
- ✚ Difundir protocolos y sus actualizaciones a la Red y organismos derivadores
- ✚ Elaboración de protocolos en equipo y realista con elementos del entorno para prevención de agresiones a usuarios externos e internos
- ✚ Distribución de carga laboral equitativa y trabajo en equipo

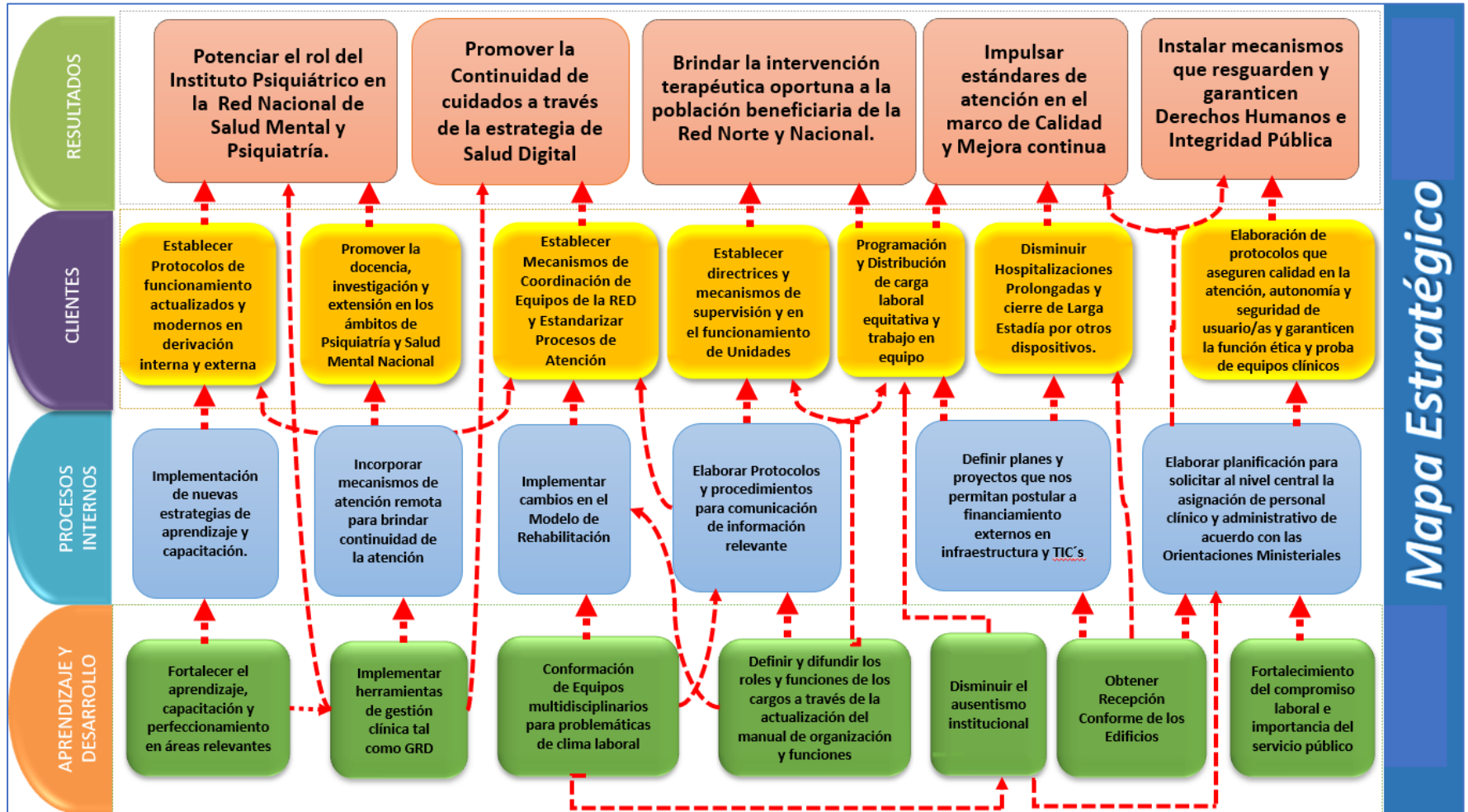
Perspectiva Procesos Internos

- ✚ Definición de mecanismos de aprendizaje y capacitación continua en nuevas herramientas de gestión
- ✚ Elaborar Protocolos y procedimientos para comunicación de información relevante
- ✚ Elaborar planificación para solicitar al nivel central la asignación de personal clínico de acuerdo con las Orientaciones Ministeriales
- ✚ Definir planes y proyectos que nos permitan postular a financiamiento externos en infraestructura y TIC's
- ✚ Lograr la obtención de la Recepción Conforme de los Edificios

Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

- ✚ Actualizar el manual de organización y funciones
- ✚ Establecer la Capacitación a todas las jefaturas en herramientas de gestión
- ✚ Disminuir el ausentismo institucional
- ✚ Definir y difundir los roles y funciones de los cargos
- ✚ Fortalecimiento del compromiso laboral e importancia del servicio público
- ✚ Conformación de Equipos multidisciplinarios para abordar problemáticas de clima laboral

Mapa Estratégico



Objetivos Estratégicos: Indicadores y Actividades

EJE ESTRATÉGICO 1: RESULTADOS (ER1)

CÓDIGO	OBJETIVOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
ER1_1	Potenciar el rol del Instituto Psiquiátrico en la Red Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE POSICIONAMIENTO REALIZADAS	Establecer un Plan Cuatrienal de trabajo de posicionamiento con MINSAL, FONASA y otros Centros de Psiquiatría y Salud Mental	DIRECCIÓN – EQUIPO DIRECTIVO
ER1_2	Promover la Continuidad de cuidados a través de la estrategia de Salud Digital	% DE UNIDADES QUE UTILIZAN RCE Y REALIZAN ACTIVIDADES EN MODALIDAD DIGITAL	Incorporar la estrategia de Salud Digital en todas las Unidades del IPHB en conjunto de otras herramientas digitales.	SUDIM – Jefes de CR – Jefes de Unidades Clínicas- SUDIA
ER1_3	Brindar la intervención terapéutica oportuna a los beneficiarios del sistema de salud público	% DE CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD GES % DE VARIACIÓN EN PROMEDIO DE DÍAS DE ESPERA	Establecer las medidas necesarias tanto en lo clínico como administrativo para garantizar la oportunidad en la atención de patologías	SUDIM – COORDINACIÓN GES – GESTIÓN DE LA DEMANDA
ER1_4	Impulsar los estándares de Calidad y mejora continua	% DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ACREDITACIÓN	Establecer las acciones para asegurar la acreditación en calidad y mantener las características en calidad y seguridad en la atención	DIRECCIÓN – UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
ER1_5	Instalar mecanismos que resguarden y garanticen Derechos Humanos e Integridad Pública	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EN EL ÁMBITO DE DERECHOS HUMANOS E INTEGRIDAD	Establecer un Plan Cuatrienal de trabajo que incluya al menos capacitación, difusión y coordinación en ámbitos de Derechos Humanos e Integridad	DIRECCIÓN – ENCARGADOS DDHH – ENCARGADOS INTEGRIDAD

EJE ESTRATÉGICO 2: CLIENTES (EC2)

CÓDIGO	OBJETIVOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
EC2_1	Establecer Protocolos de funcionamiento actualizados y modernos en derivación interna y externa	% DE PROTOCOLOS ELABORADOS E IMPLEMENTADOS EN ÁMBITOS DE ATENCIÓN POR CR	Elaborar e implementar protocolos de funcionamiento y derivación en todos los CR del Instituto	SUDIM – JEFES DE CR
EC2_2	Promover la docencia, investigación y extensión en los ámbitos de Psiquiatría y Salud Mental Nacional con proyección en ámbito internacional.	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN	Elaborar un Plan de Trabajo Institucional que coordine las acciones de Docencia e Investigación y promueva la participación en el ámbito Nacional e internacional.	DIRECCIÓN – SUDIM – UCD – JEFES DE CR
EC2_3	Establecer Mecanismos de Coordinación de Equipos de la RED y Estandarizar Procesos de Atención	% DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN IMPLEMENTADOS EN EL INSTITUTO	Coordinar acciones intra-instituto para coordinar a las distintas áreas a través de equipos motores y sus líderes.	SUDIM – JEFES DE CR – UNIDAD DE GESTIÓN DEL CUIDADO
EC2_4	Establecer directrices y mecanismos de supervisión y en el funcionamiento de Unidades clínicas.	% DE DIRECTRICES DEFINIDAS Y ACCIONES IMPLEMENTADAS EN EL ÁMBITO DE NORMAS POR CR	Establecer mecanismos de incentivo para mejorar el desempeño tanto de jefaturas como equipos. Establecer normas y evaluar su cumplimiento	SUDIM – JEFES DE CR – UNIDAD DE GESTIÓN DEL CUIDADO
EC2_5	Programación y Distribución de carga laboral equitativa y trabajo en equipo	% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CARGA LABORAL	Elaborar diagnóstico, establecer planes y proponer medidas para determinar carga laboral y trabajo en equipo	SUDIM – JEFES DE CR – UNIDAD DE GESTIÓN DEL CUIDADO
EC2_6	Disminuir las Hospitalizaciones Prolongadas y cierre de Largas Estadías, e implementar otros dispositivos de SM	% DE PACIENTES QUE SUPERAN LOS 40 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN % DE PACIENTES EN LARGA ESTADÍA	Establecer acciones y protocolos clínicos para disminuir las hospitalizaciones prolongadas y conseguir recursos e implementar dispositivos intermedios.	SUDIM – JEFES CR ATENCIÓN CERRADA
EC2_6	Elaborar protocolos que aseguren autonomía, calidad en la atención, y seguridad de usuario/as y garanticen la función ética y proba de equipos clínicos.	% DE PROTOCOLOS ELABORADOS EN ÁMBITOS DE RESGUARDO DE DERECHOS EN PACIENTES Y PROBIDAD EN FUNCIONARIOS	Elaborar e implementar protocolos en resguardo de los derechos de pacientes que garantice la integridad en funcionarios en todos los CR del Instituto	DIRECCIÓN - SUDIM – JEFES DE CR – UNIDAD DE GESTIÓN DEL CUIDADO

EJE ESTRATÉGICO 3: PROCESOS INTERNOS (EP3)

CÓDIGO	OBJETIVOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
EP3_1	Implementación de nuevas estrategias de aprendizaje y capacitación.	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN EN NUEVAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	Elaborar actividades de capacitación en nuevas herramientas de gestión para potenciar referentes locales, coordinando con el nivel central	SDGP – UNIDAD CAPACITACIÓN – COMITÉ SIDRA – ENCARGADOS DE TELESALUD
EP3_2	Incorporar mecanismos de atención remota para brindar continuidad de la atención	% DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES REMOTAS PLANIFICADAS	Cumplir con las actividades de Salud Digital establecidas anualmente en la Programación de horas profesionales	SUDIM – JEFES DE CR – COORDINADORES DE ESTAMENTO
EP3_3	Implementar cambios en el Modelo de Rehabilitación	% DE ACCIONES IMPLEMENTADAS EN PLANIFICACIÓN DEL MODELO DE CR REHABILITACIÓN	Implementar acciones establecidas en Protocolos e incorporar nuevos mecanismos de atención en la Comunidad.	SUDIM – JEFE DE CR REHABILITACIÓN
EP3_4	Elaborar Protocolos y procedimientos para comunicación de información relevante	% DE PROCEDIMIENTOS ELABORADOS EN ÁMBITO DE COMUNICACIÓN	Establecer mecanismos formales de comunicación y las estrategias asociadas para difusión	SDGP – UNIDAD COMUNICACIONES
EP3_5	Definir planes y proyectos que nos permitan postular a financiamiento externos en infraestructura y TIC's	% DE PROYECTOS ELABORADOS PARA FINANCIAMIENTO EXTERNO	Elaborar proyectos, planes y programas para postular a mecanismos de financiamiento externo	SUDIA – EQUIPO DIRECTIVO
EP3_6	Elaborar planificación para solicitar al nivel central la asignación de personal clínico de acuerdo con OOT	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE RRHH	Establecer la planificación, gestión y costos asociados a la atención en salud, en concordancia con las directrices ministeriales	SDGP – EQUIPO DIRECTIVO

EJE ESTRATÉGICO 4: APRENDIZAJE Y DESARROLLO (EA4)

CÓDIGO	OBJETIVOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
EA4_1	Fortalecer el aprendizaje, capacitación y perfeccionamiento en áreas relevantes	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO A JEFATURAS	Colaboración de Unidad Científico Docente, capacitación y con todas las áreas aquellas necesidades y brechas institucionales.	SDGP – UNIDAD CAPACITACIÓN – UCD –TELESALUD
EA4_2	Implementar herramientas de gestión clínica tal como GRD.	% DE IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN CLÍNICA QUE PERMITAN LA TOMA DE DECISIÓN	Establecer las herramientas críticas de implementación y su cronograma de trabajo para puesta en marcha y utilización de GRD.	EQUIPO DIRECTIVO – RESPONSABLES DEFINIDOS POR DIRECCIÓN
EA4_3	Conformación de Equipos multidisciplinarios para abordar problemáticas de clima laboral	% DE EQUIPOS CON ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO	Potenciar las actividades de prevención del Plan de Atención de funcionarios y las actividades existentes en Mutua y SSMN	SDGP – EQUIPO DIRECTIVO - TODAS LAS JEFATURAS DEL INSTITUTO
EA4_4	Definir y difundir los roles y funciones de los cargos a través de la actualización del manual de organización y funciones	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE DIFUSIÓN DE MANUAL ORGANIZACIONAL	Elaborar planificada y coordinadamente el manual de organización, y difundir en toda la organización su contenido	SDGP – ENCARGADA MANUAL ORGANIZACIONAL – UNIDAD COMUNICACIONES
EA4_5	Lograr la obtención de la Recepción Conforme de los Edificios	% DE ACTIVIDADES REALIZADAS PARA OBTENER RECEPCIÓN CONFORME	Aprobar y establecer las coordinaciones para obtener la Recepción conforme de los edificios del Instituto	SUDIA – EQUIPO DIRECTIVO – COMITÉ DE INVERSIONES
EA4_6	Fortalecimiento del compromiso laboral e importancia del servicio público	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO Y JORNADAS DE DIFUSIÓN	Establecer equipos de trabajo en todas las áreas y Potenciar cultura Institucional de Integración	SDGP – EQUIPO DIRECTIVO - TODAS LAS JEFATURAS DEL INSTITUTO
EA4_7	Disminuir el ausentismo institucional	% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ABORDAJE DE AUSENTISMO	Establecer anualmente las acciones que permitan disminuir el ausentismo en la institución	SDGP – EQUIPO DIRECTIVO – COMITÉ AUSENTISMO

Plan de Actividades 2021-2025

El plan de actividades en esta planificación tiene un carácter referencial, pues las actividades se irán definiendo anualmente de acuerdo con las posibles gestiones dictadas en los objetivos estratégicos y en concordancia con las directrices del nivel central y el contexto sanitario en que se encuentre el país. Así también, se plantea en los objetivos establecer planificación anual por Unidades con respecto a un CMI propio.

Plan Actividades 2021

Para el 2021, el Plan de actividades se realizará de acuerdo con el siguiente cronograma:

EJE	Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
ER1_1	Elaboración del documento y actividades PLAE 2021-2025				X	X	X	X	X	X	X	X	X
ER1_4	Definición Procesos Críticos Matriz de Riesgo con Directrices CAIGG				X				X	X		X	X
EC2_1	Levantamiento de Procesos Todas las Unidades del Instituto					X	X	X	X	X	X	X	X
EC2_1	Protocolización Clínica: Jornada CAE									X	X	X	X
ER1_2	Protocolización Clínica: Telesalud			X									X
EC2_2	Protocolización Clínica: Derivación Asistida				X					X			X

EJE	Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
ER1_2	Protocolización Clínica: PCI-CAE												X
EC2_1	Elaboración del Modelo de Gestión Clínica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EC2_4	Evaluación Producción Hospitalaria: Monitoreo y análisis mensual de la producción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EP3_1	Evaluación de la Implementación de Registro Clínico Electrónico: Ambulatorio			X									X
EA4_2	Implementación de Registro Clínico Electrónico: UEH						X	X	X	X	X	X	X
EA4_2	Implementación de Registro Clínico Electrónico: Farmacia									X	X	X	X
EP3_5	Eficiencia Hospitalaria: Herramienta de costeo y Análisis de eficiencia												X

Plan de seguimiento y evaluación

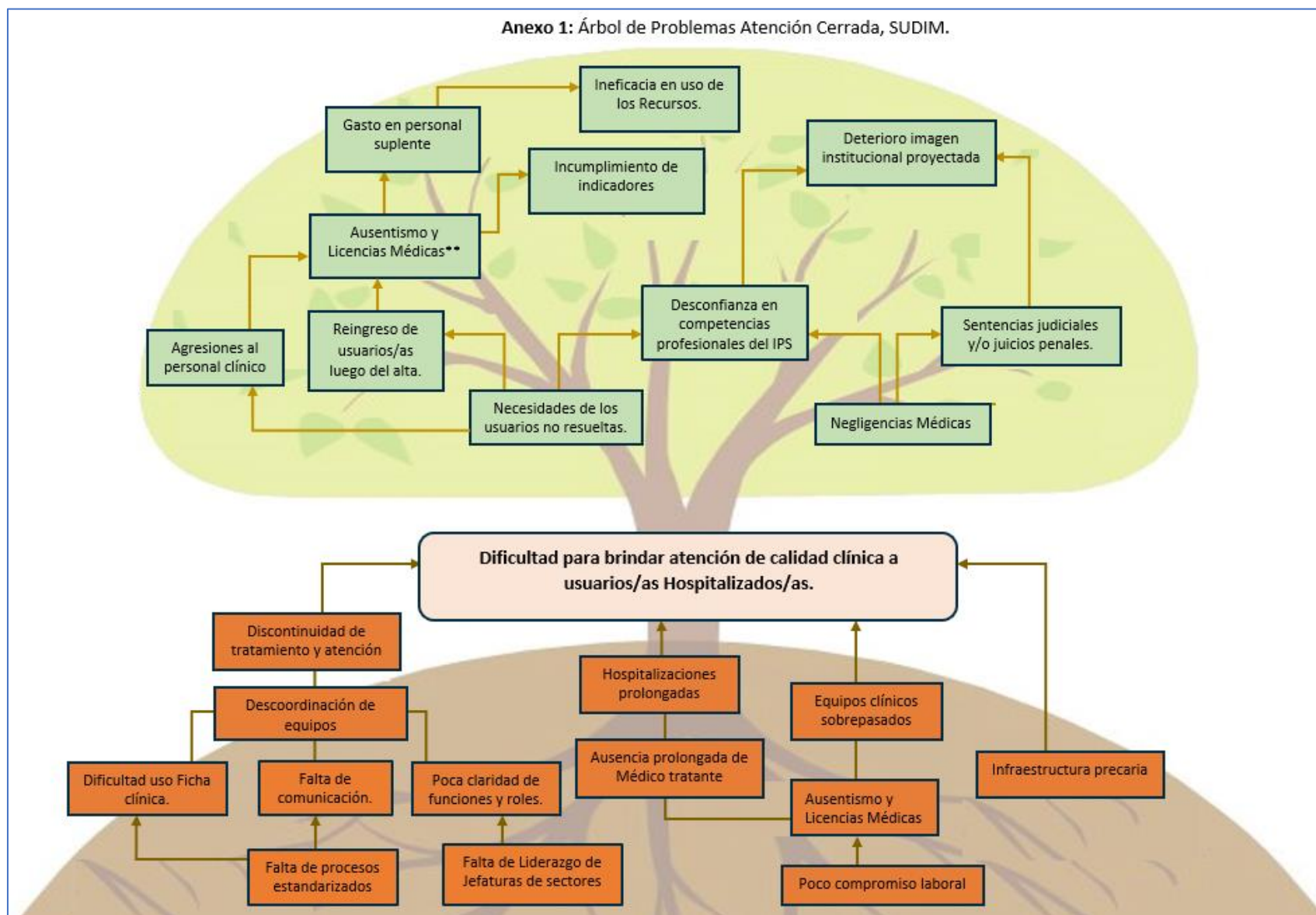
El plan de seguimiento se realizará de manera semestral, con reportería de difusión a nivel de todo el Instituto y Comunidad de manera anual y estará a cargo de la Unidad de Desarrollo Institucional y Control de Gestión. Junto con la elaboración de la Planificación específica anual de las actividades de la PLAE a realizar, a través de un cronograma establecido para ello con los responsables y en concordancia con las líneas estratégicas centrales, directivas y de acuerdo al escenario sanitario en que se encuentre el país.



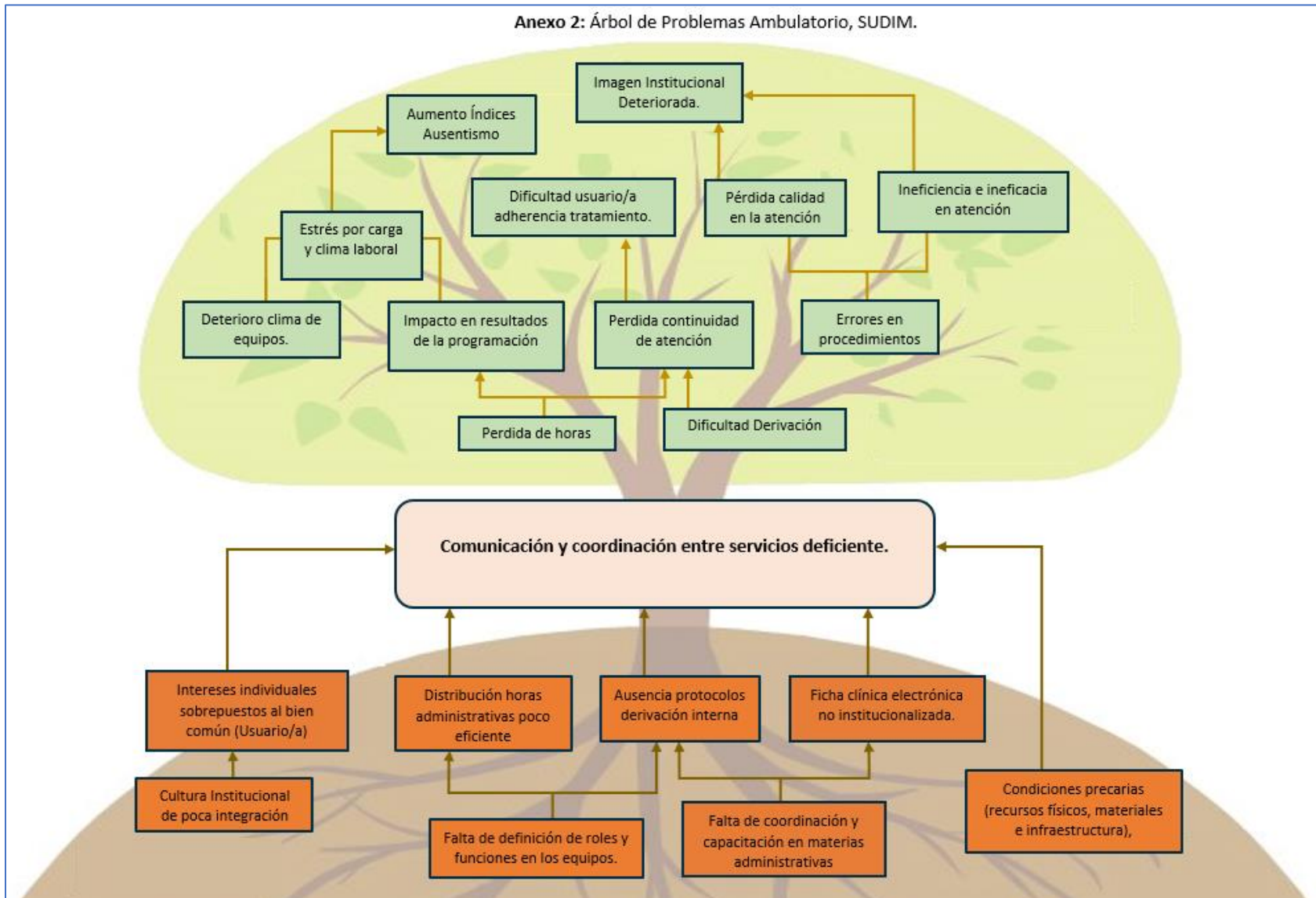
ANEXOS

- Anexo 1: Árbol de Problemas Atención Cerrada SUDIM
- Anexo 2: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria SUDIM
- Anexo 3: Árbol de Problemas Atención Urgencia SUDIM
- Anexo 4: Árbol de Problemas Atención Cerrada UGC
- Anexo 5: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria UGC
- Anexo 6: Árbol de Problemas Atención Urgencia UGC
- Anexo 7: Árbol de Problemas CR ADT SUDIM
- Anexo 8: Árbol de Problemas SUDIA 1
- Anexo 9: Árbol de Problemas SUDIA 2
- Anexo 10: Árbol de Problemas SUDIA 3
- Anexo 11: Árbol de Problemas SDGP 1
- Anexo 12: Árbol de Problemas SDGP 2
- Anexo 13: Árbol de Problemas SDGP 3
- Anexo 14: Árbol de Problemas CCU
- Anexo 15: Árbol de Objetivos Atención Cerrada SUDIM
- Anexo 16: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria SUDIM
- Anexo 17: Árbol de Objetivos Atención Urgencia SUDIM
- Anexo 18: Árbol de Objetivos Atención Cerrada UGC
- Anexo 19: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria UGC
- Anexo 20: Árbol de Objetivos Atención Urgencia UGC
- Anexo 21: Árbol de Objetivos CR ADT SUDIM
- Anexo 22: Árbol de Objetivos SUDIA 1
- Anexo 23: Árbol de Objetivos SUDIA 2
- Anexo 24: Árbol de Objetivos SUDIA 3
- Anexo 25: Árbol de Objetivos SDGP 1
- Anexo 26: Árbol de Objetivos SDGP 2
- Anexo 27: Árbol de Objetivos SDGP 3
- Anexo 28: Árbol de Objetivos CCU

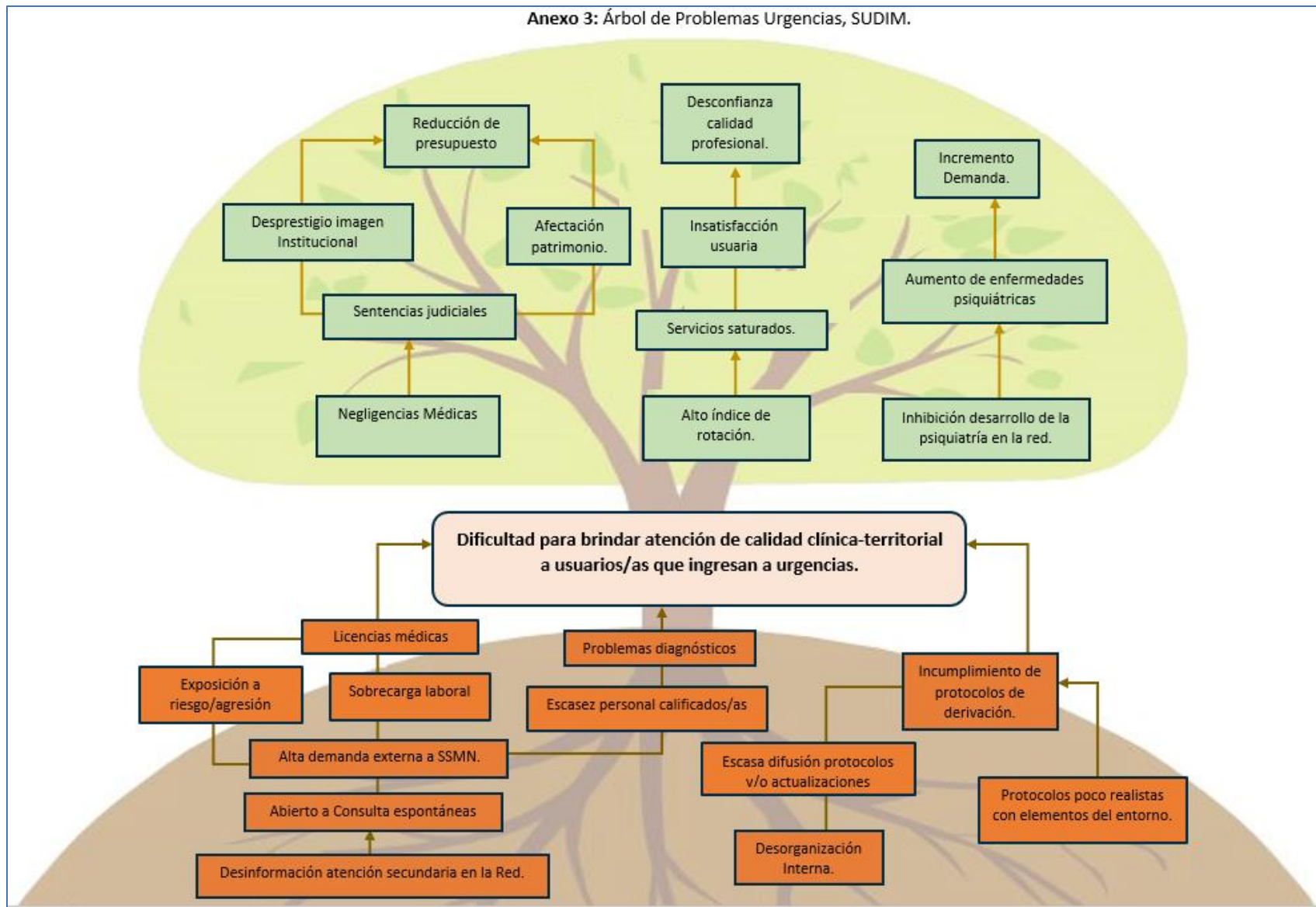
Anexo 1: Árbol de Problemas Atención Cerrada SUDIM



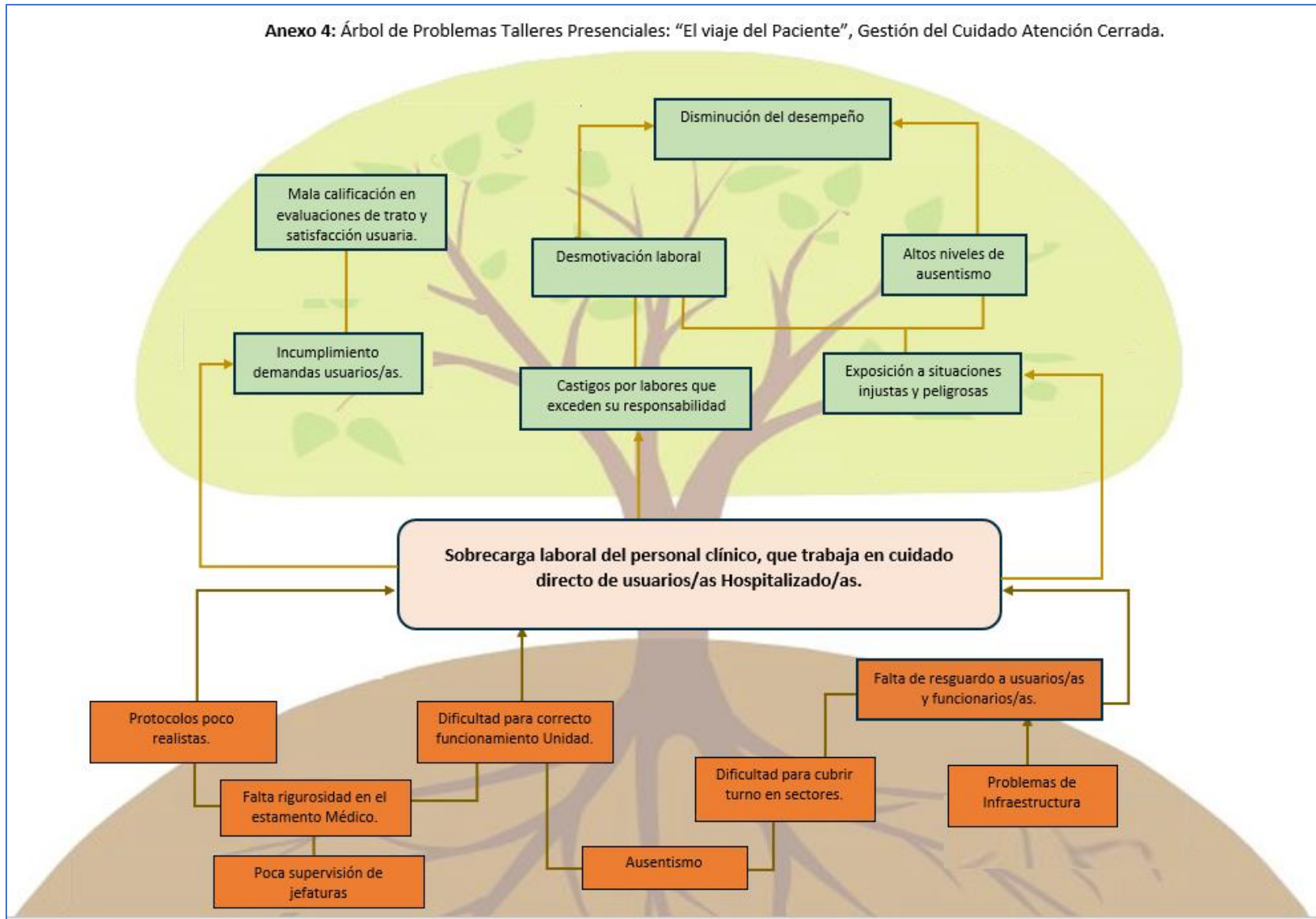
Anexo 2: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria SUDIM



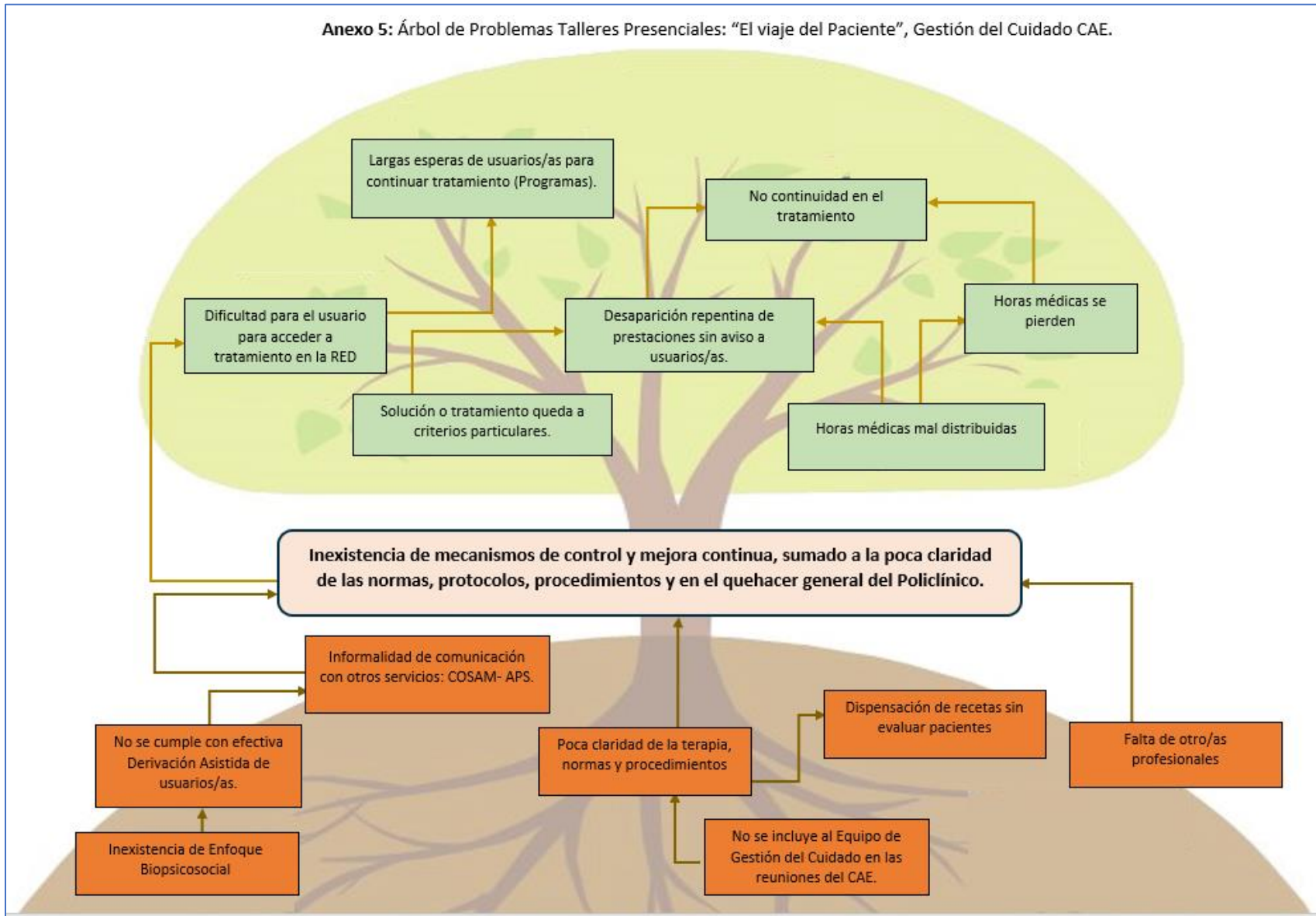
Anexo 3: Árbol de Problemas Atención Urgencia SUDIM



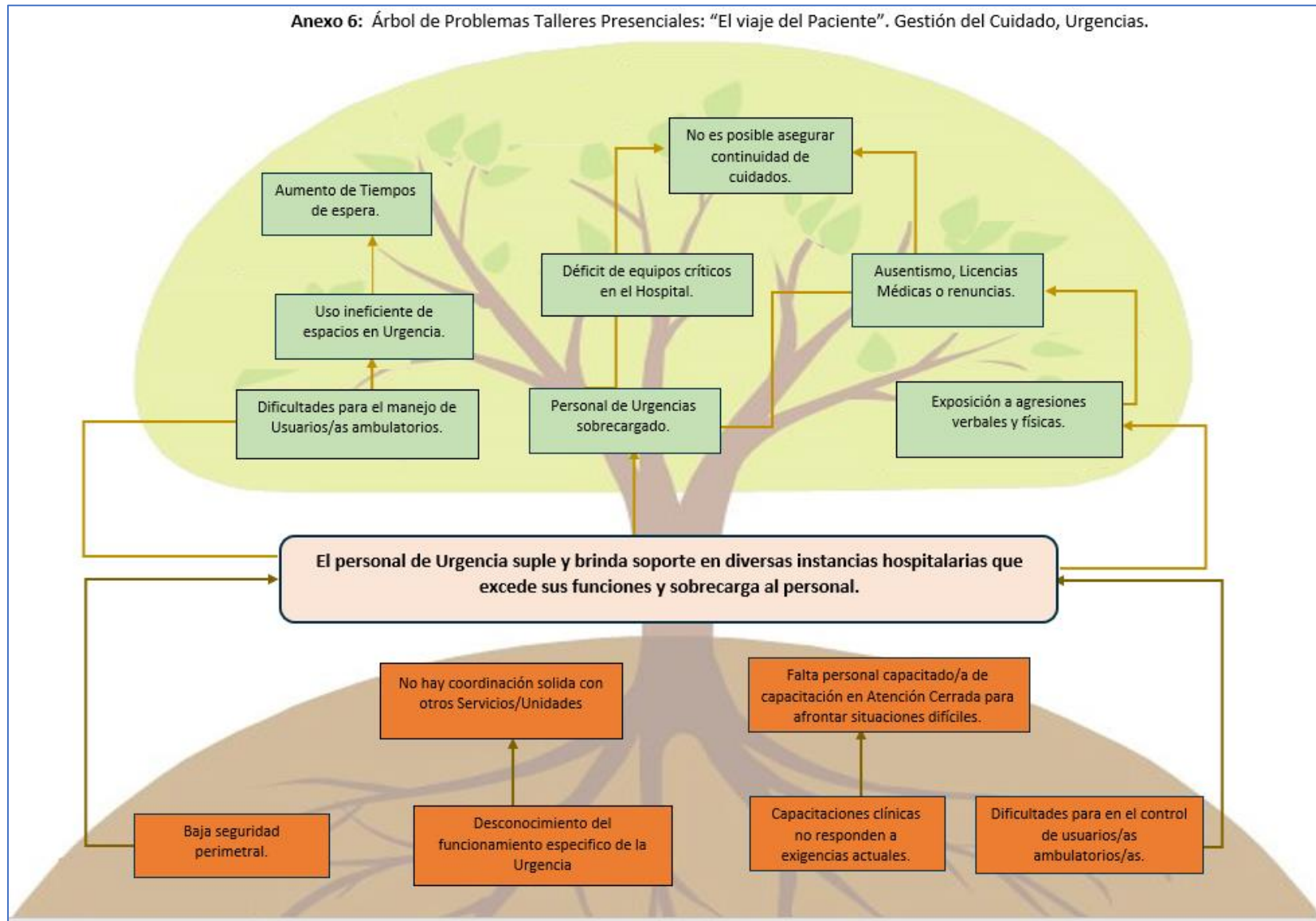
Anexo 4: Árbol de Problemas Atención Cerrada UGC



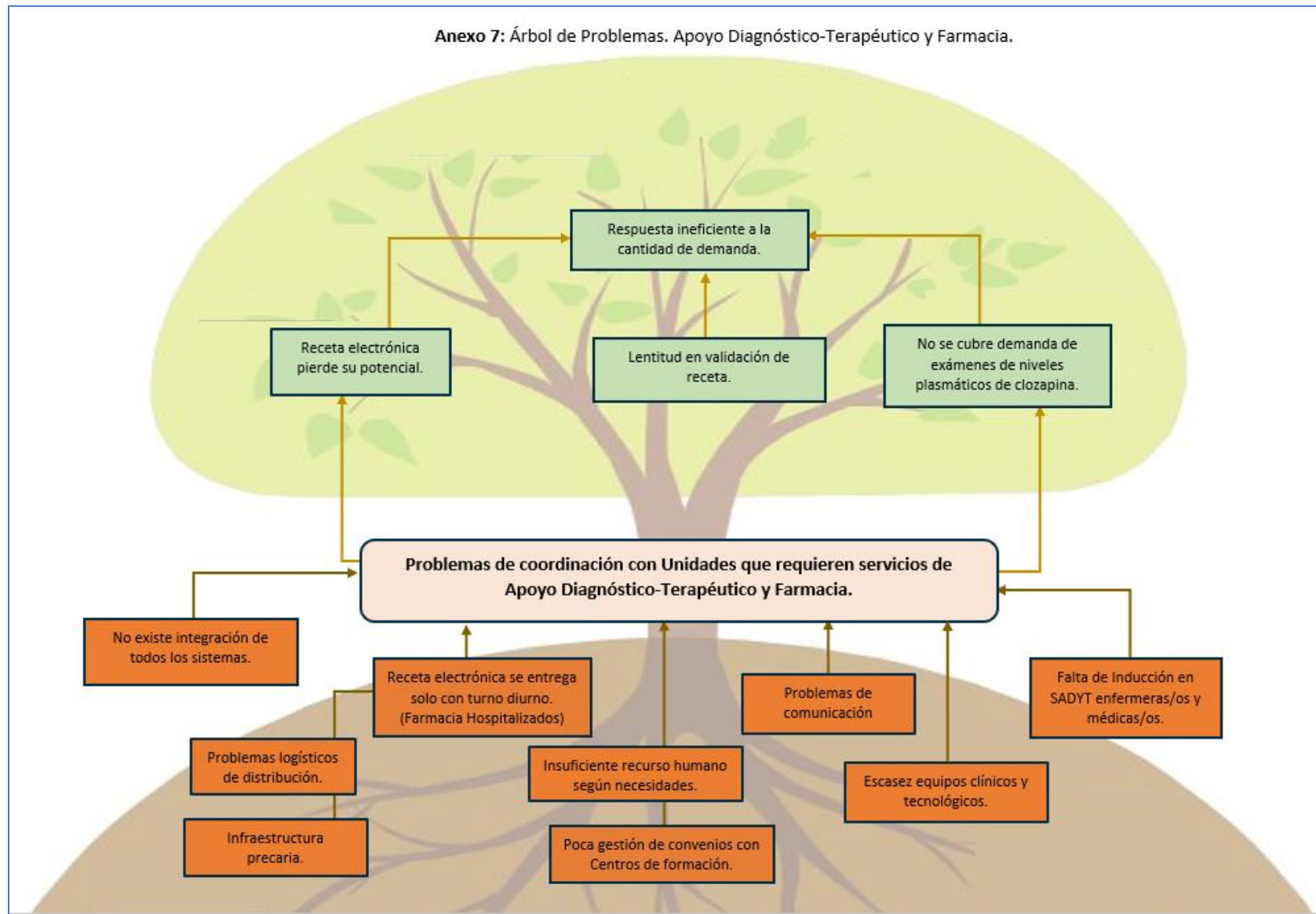
Anexo 5: Árbol de Problemas Atención Ambulatoria UGC



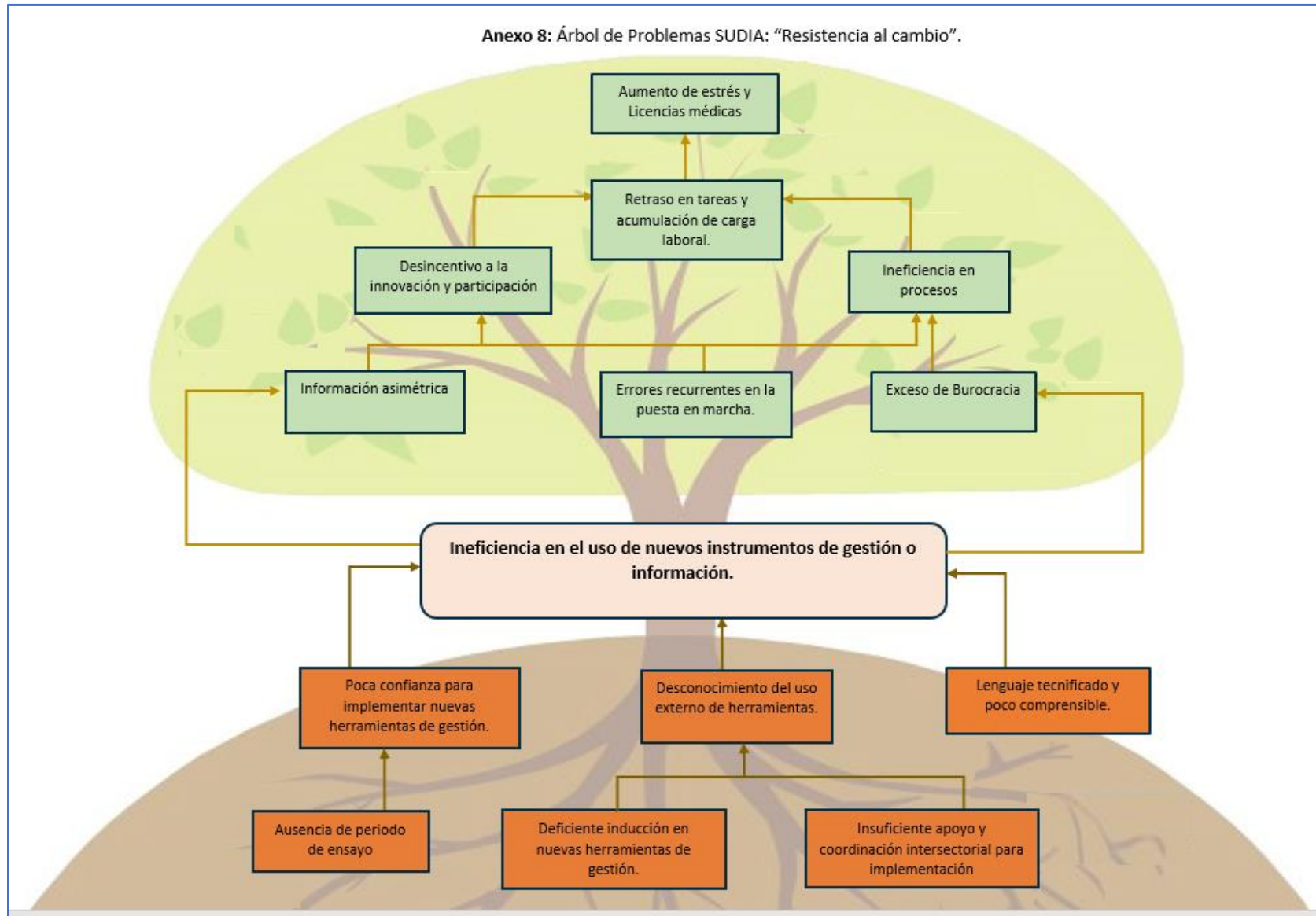
Anexo 6: Árbol de Problemas Atención Urgencia UGC



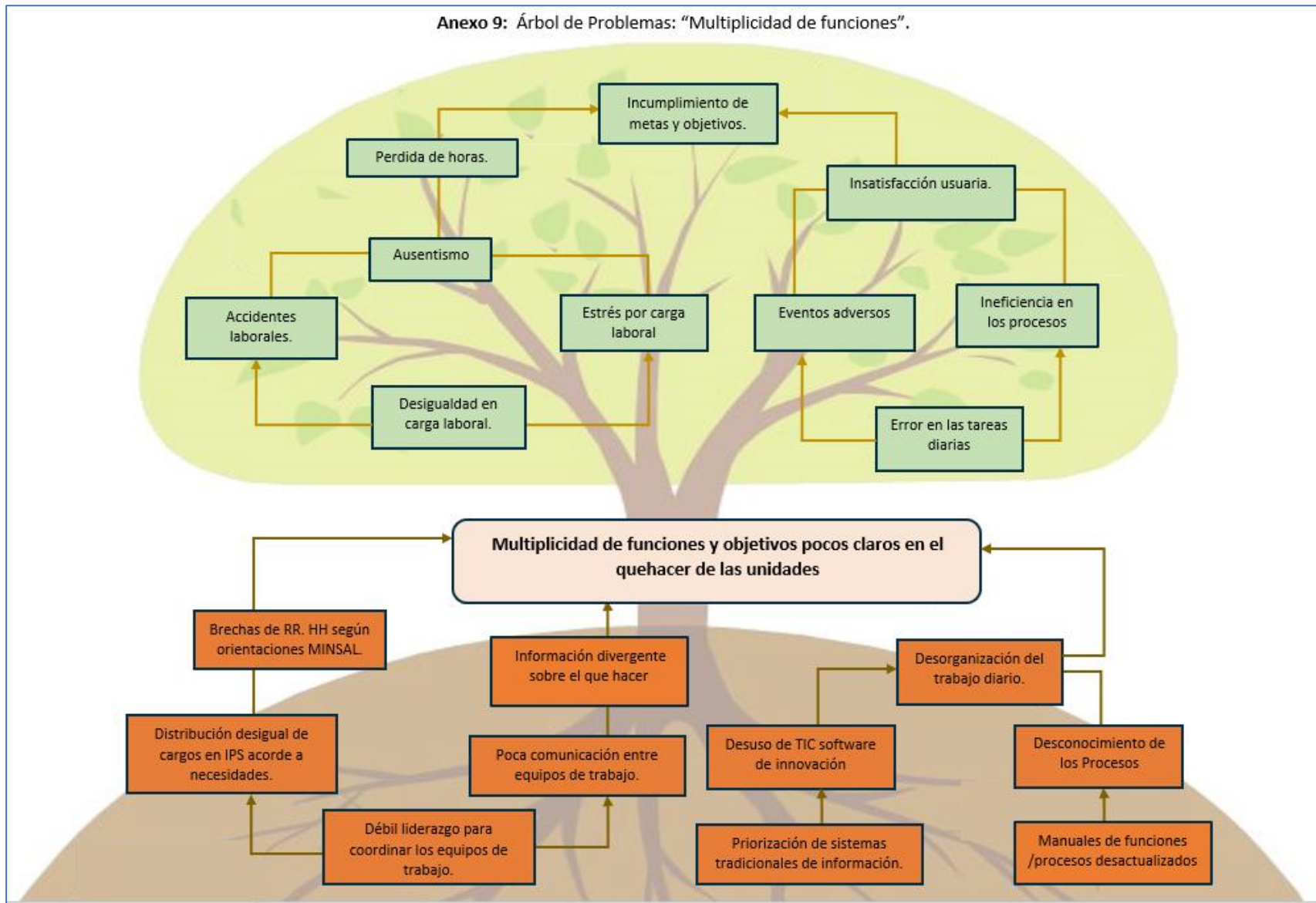
Anexo 7: Árbol de Problemas CR ADT SUDIM



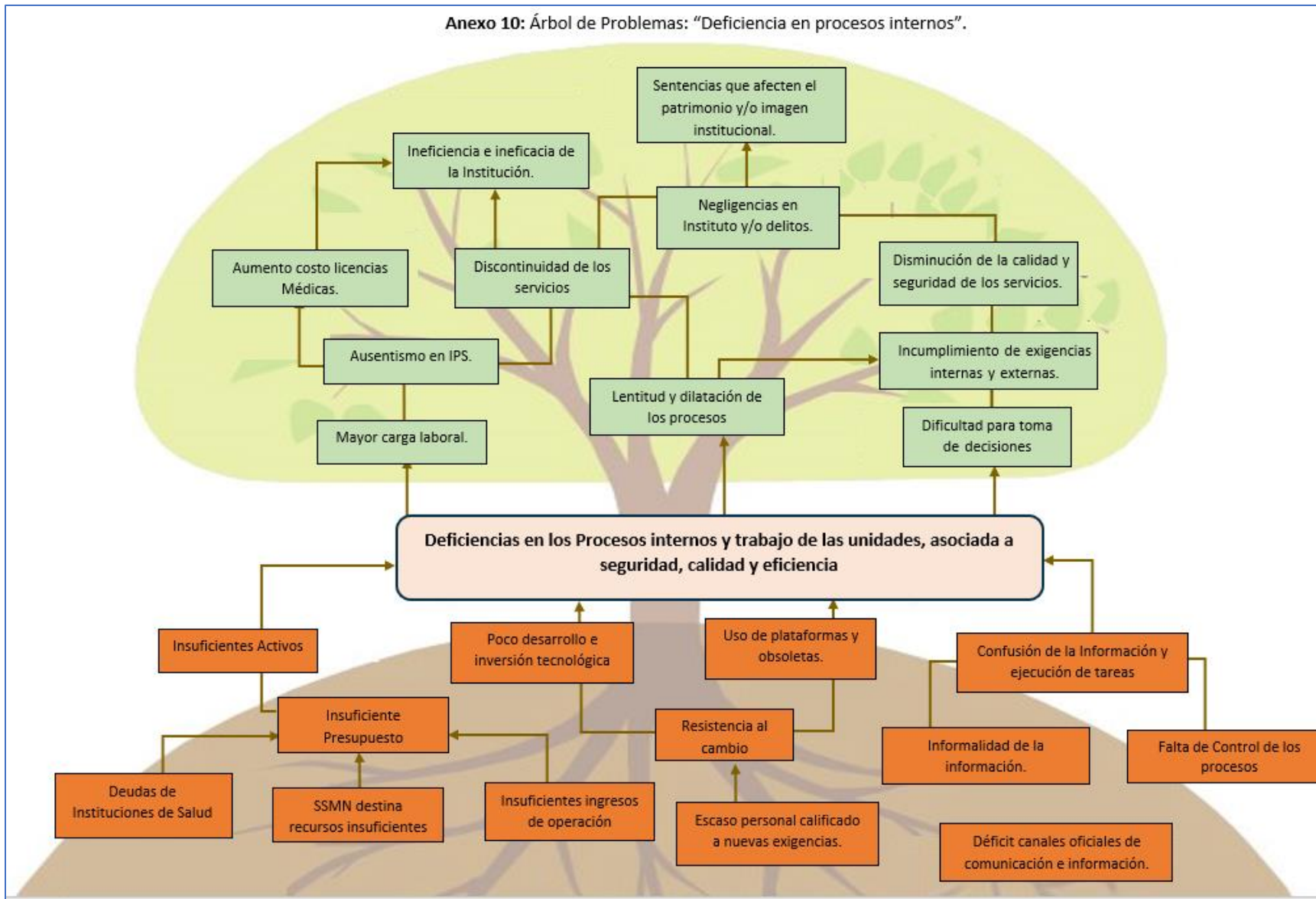
Anexo 8: Árbol de Problemas SUDIA 1



Anexo 9: Árbol de Problemas SUDIA 2

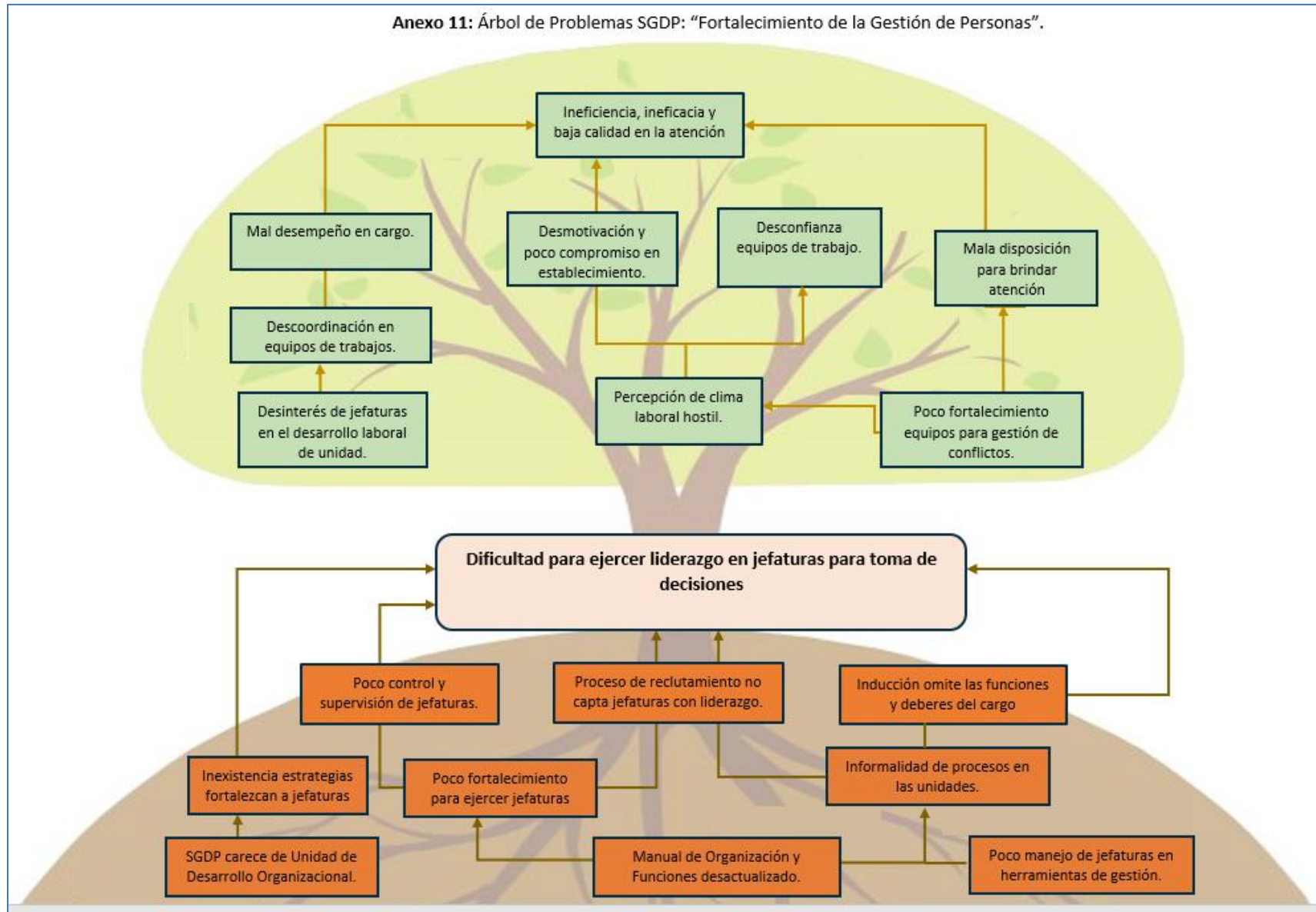


Anexo 10: Árbol de Problemas SUDIA 3

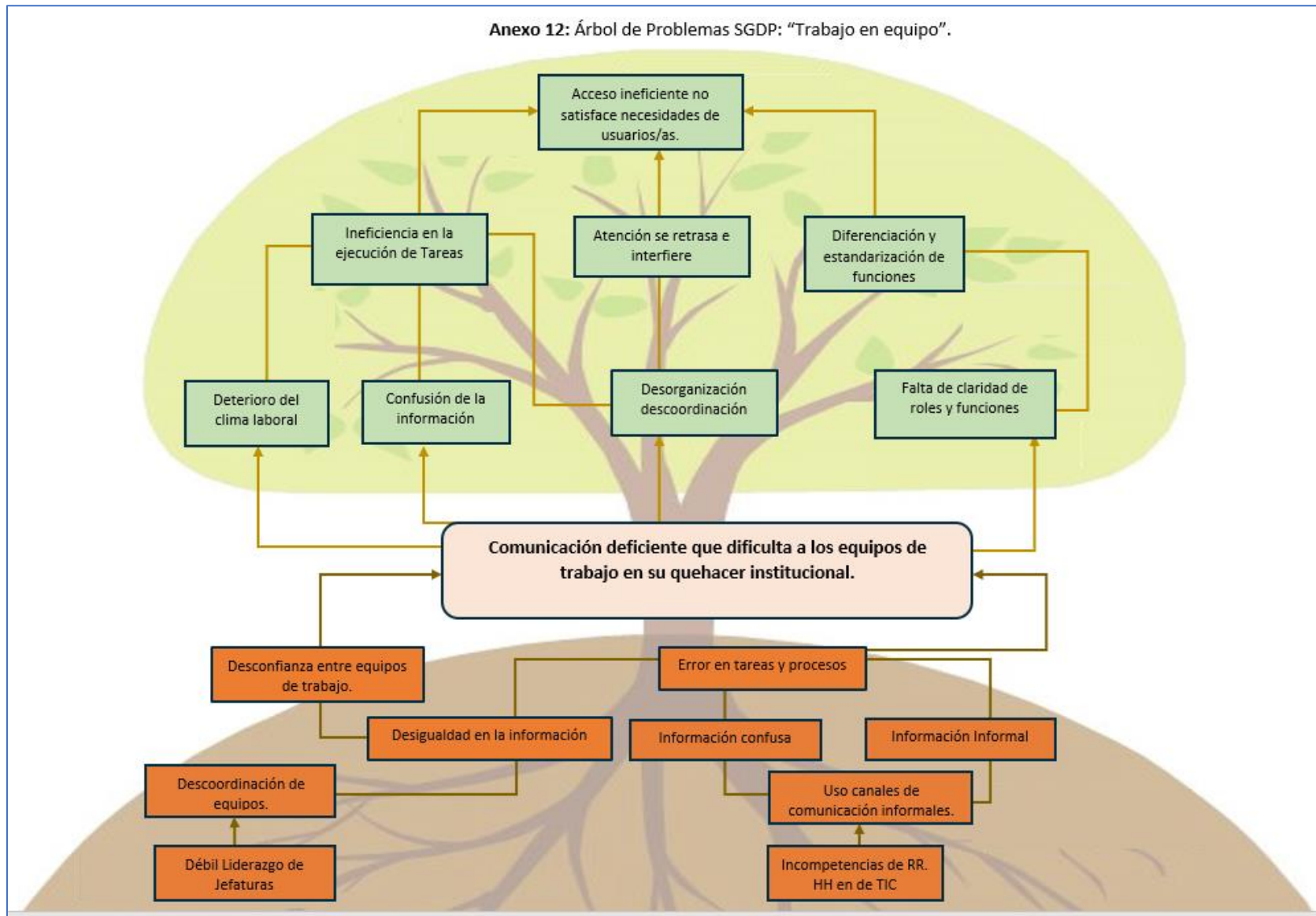


Anexo 11: Árbol de Problemas SDGP 1

Anexo 11: Árbol de Problemas SGDP: "Fortalecimiento de la Gestión de Personas".

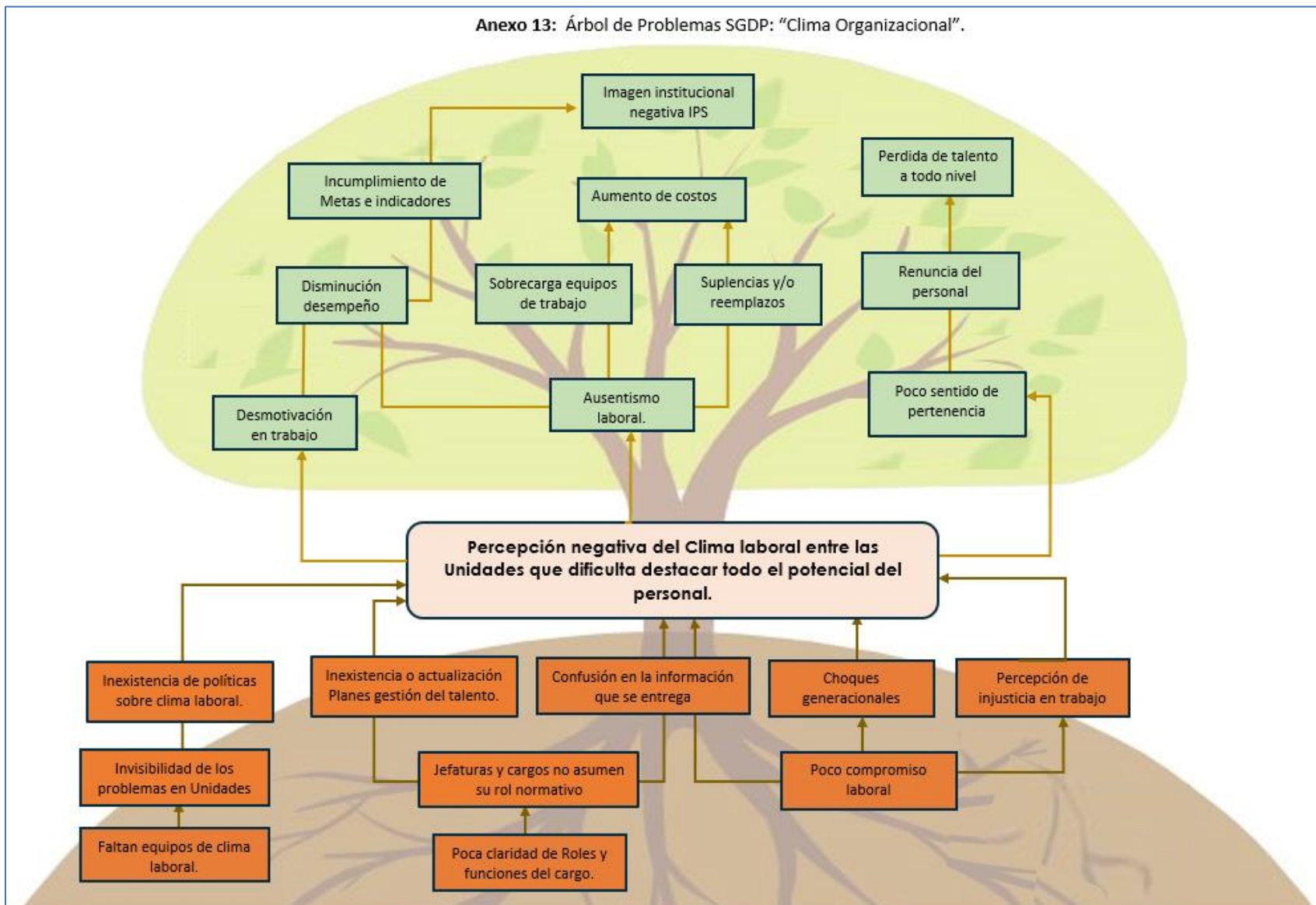


Anexo 12: Árbol de Problemas SDGP 2

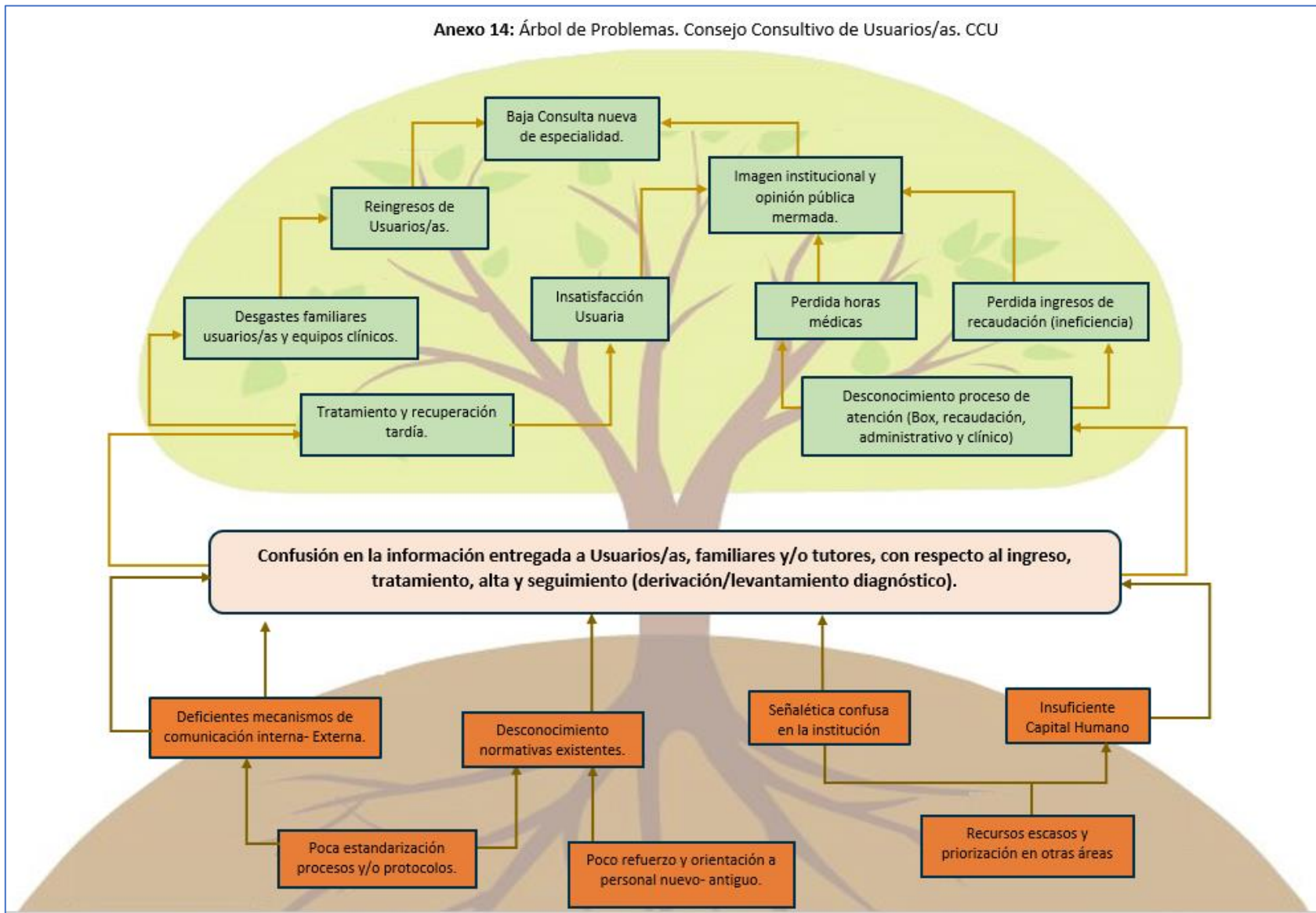


Anexo 13: Árbol de Problemas SDGP 3

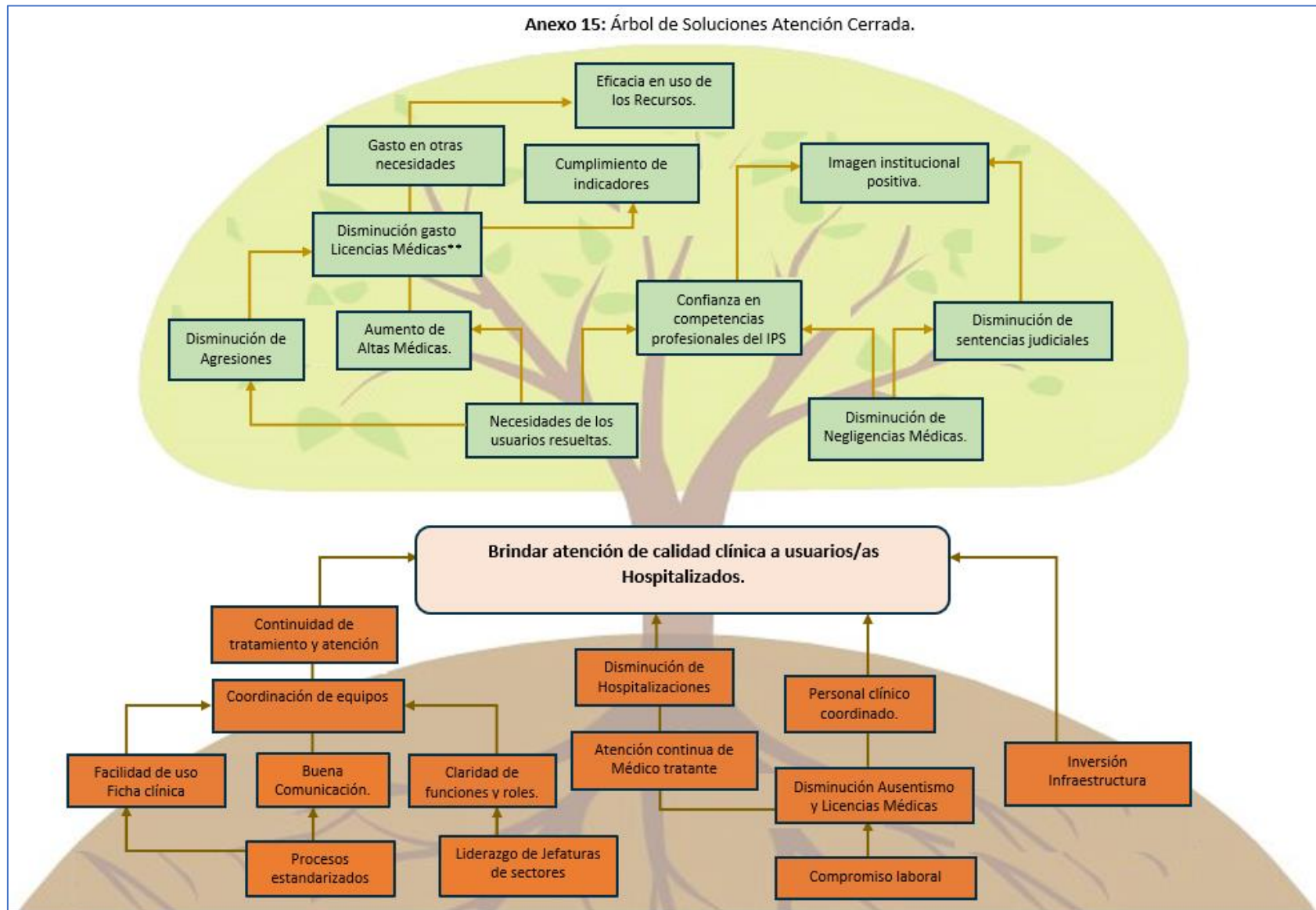
Anexo 13: Árbol de Problemas SDGP: "Clima Organizacional".



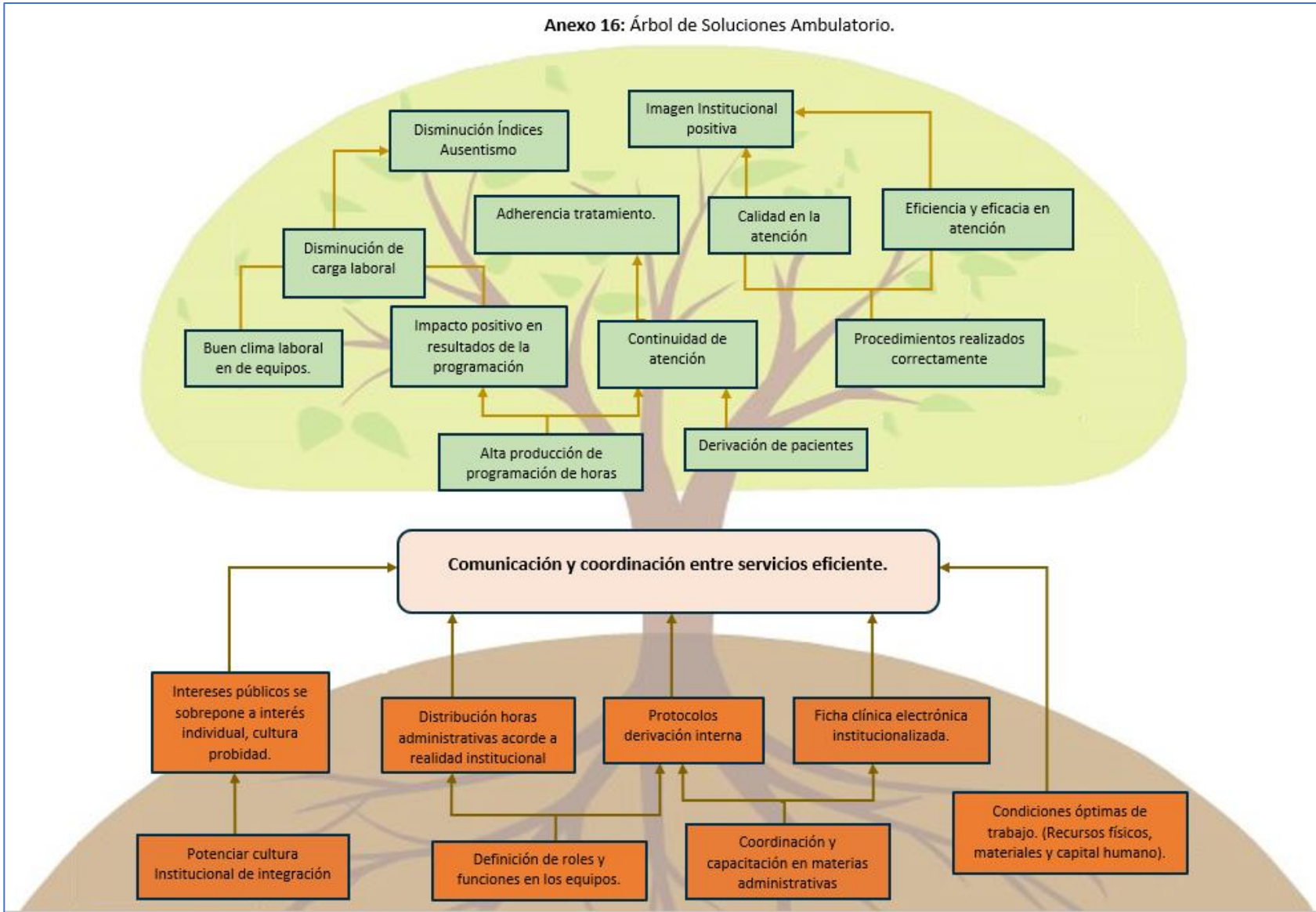
Anexo 14: Árbol de Problemas CCU



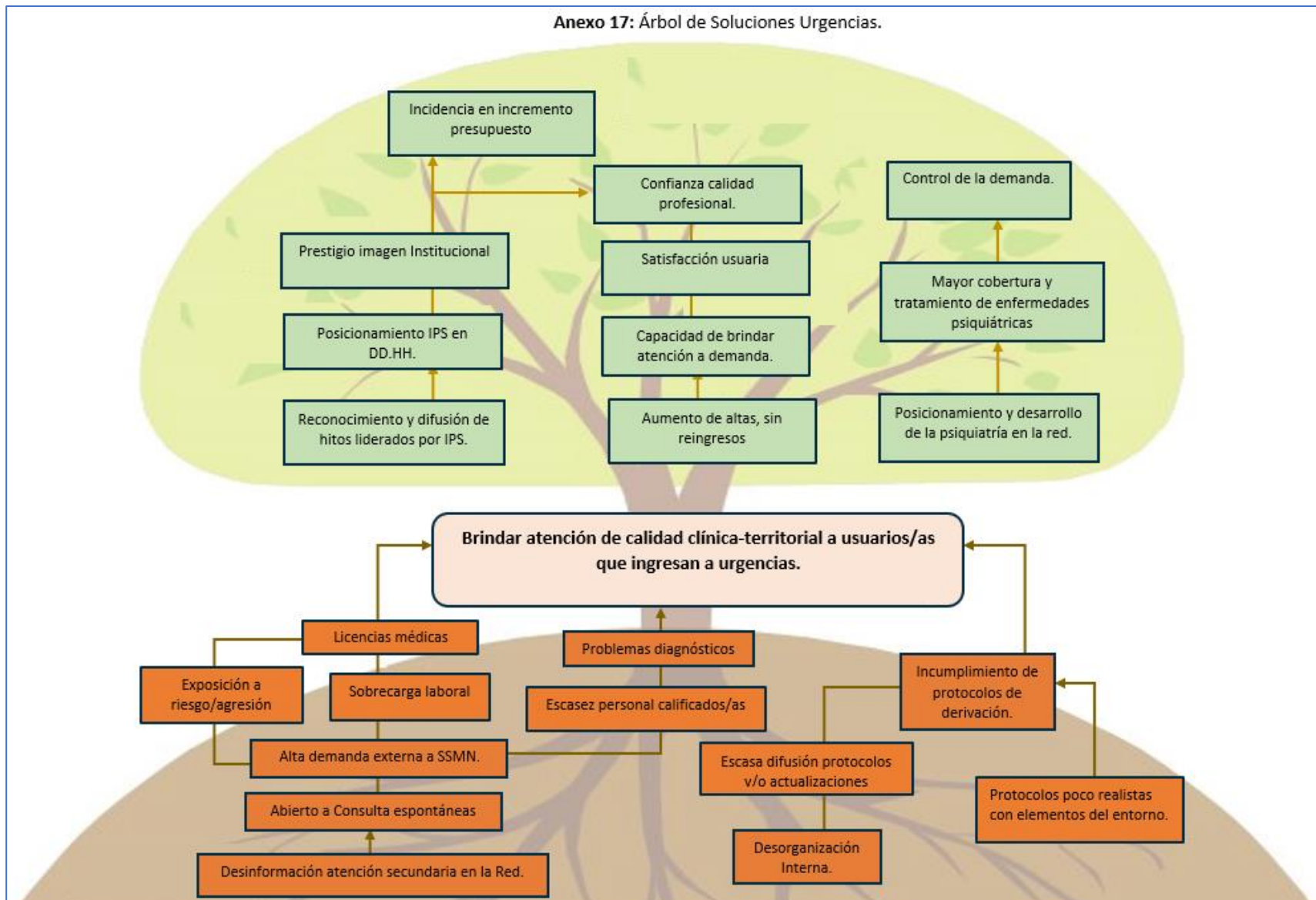
Anexo 15: Árbol de Objetivos Atención Cerrada SUDIM



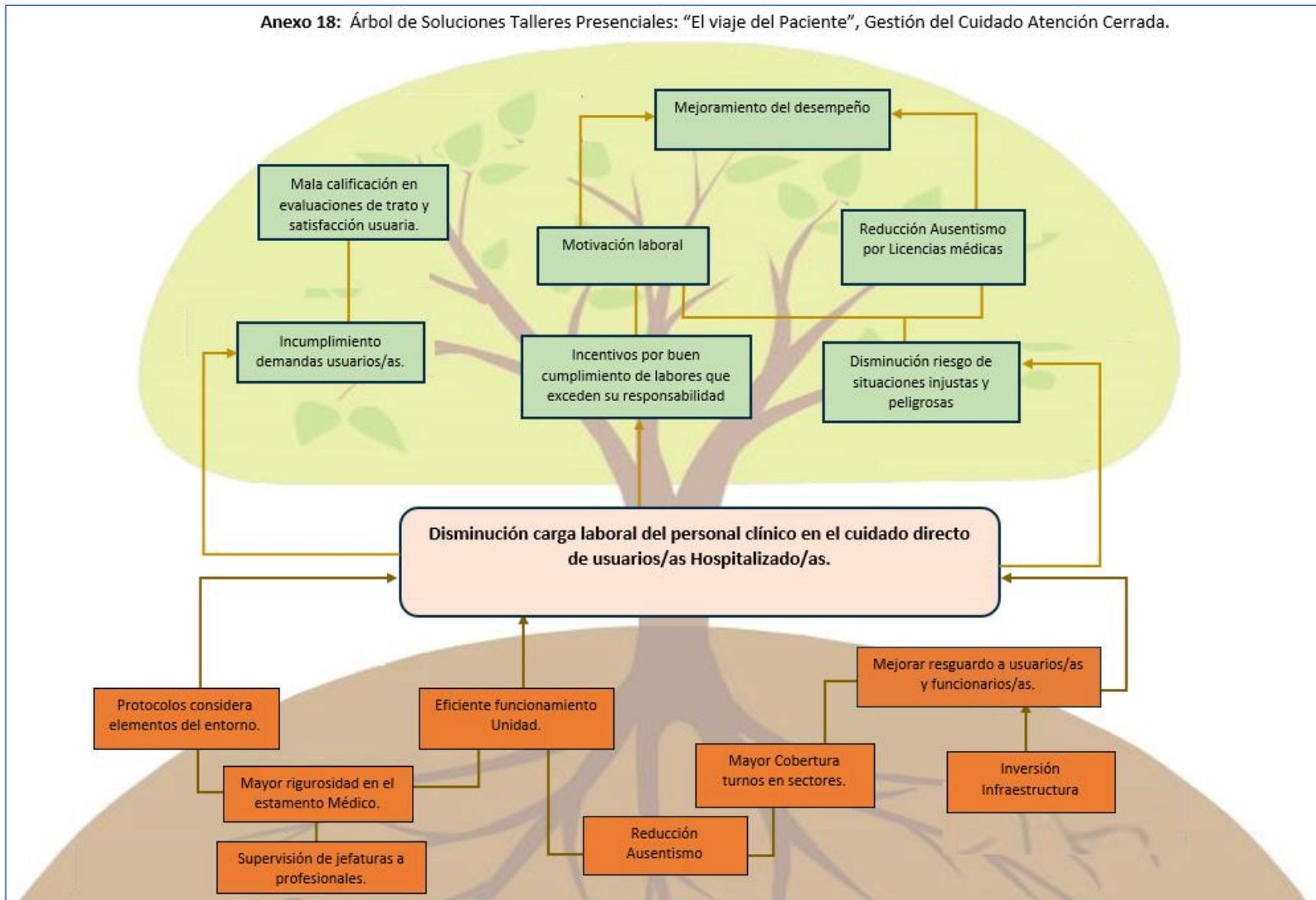
Anexo 16: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria SUDIM



Anexo 17: Árbol de Objetivos Atención Urgencia SUDIM

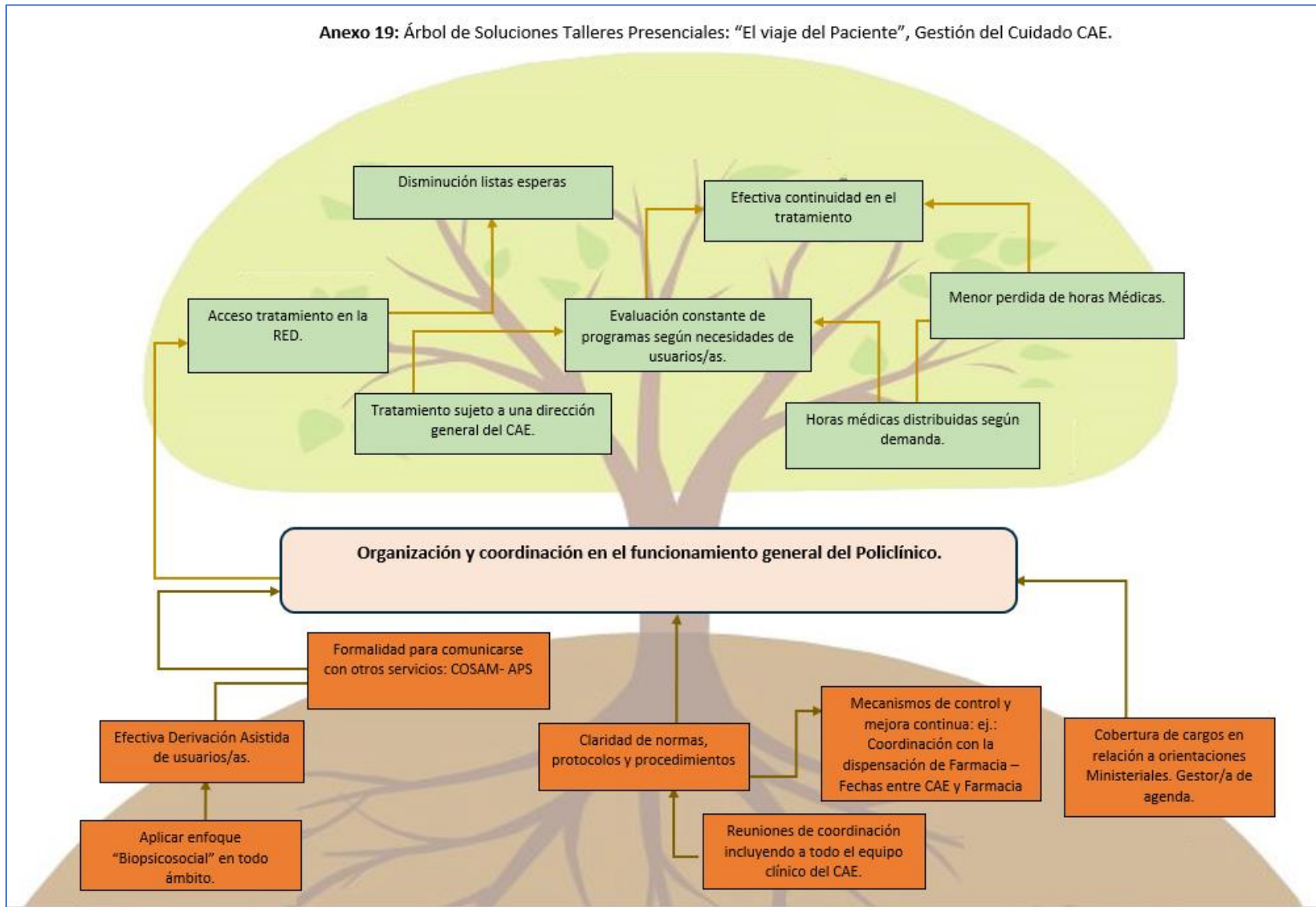


Anexo 18: Árbol de Objetivos Atención Cerrada UGC

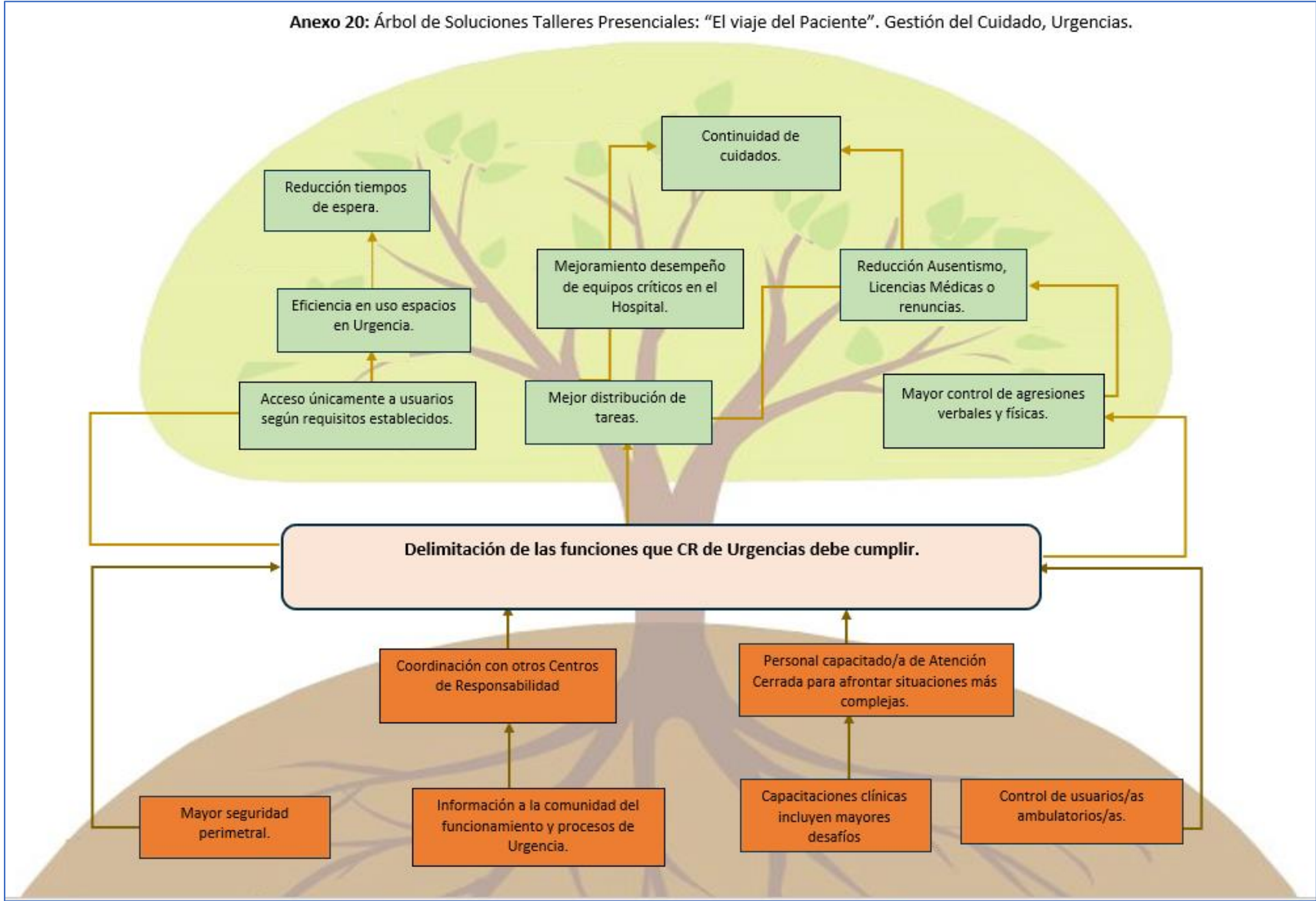


Anexo 19: Árbol de Objetivos Atención Ambulatoria UGC

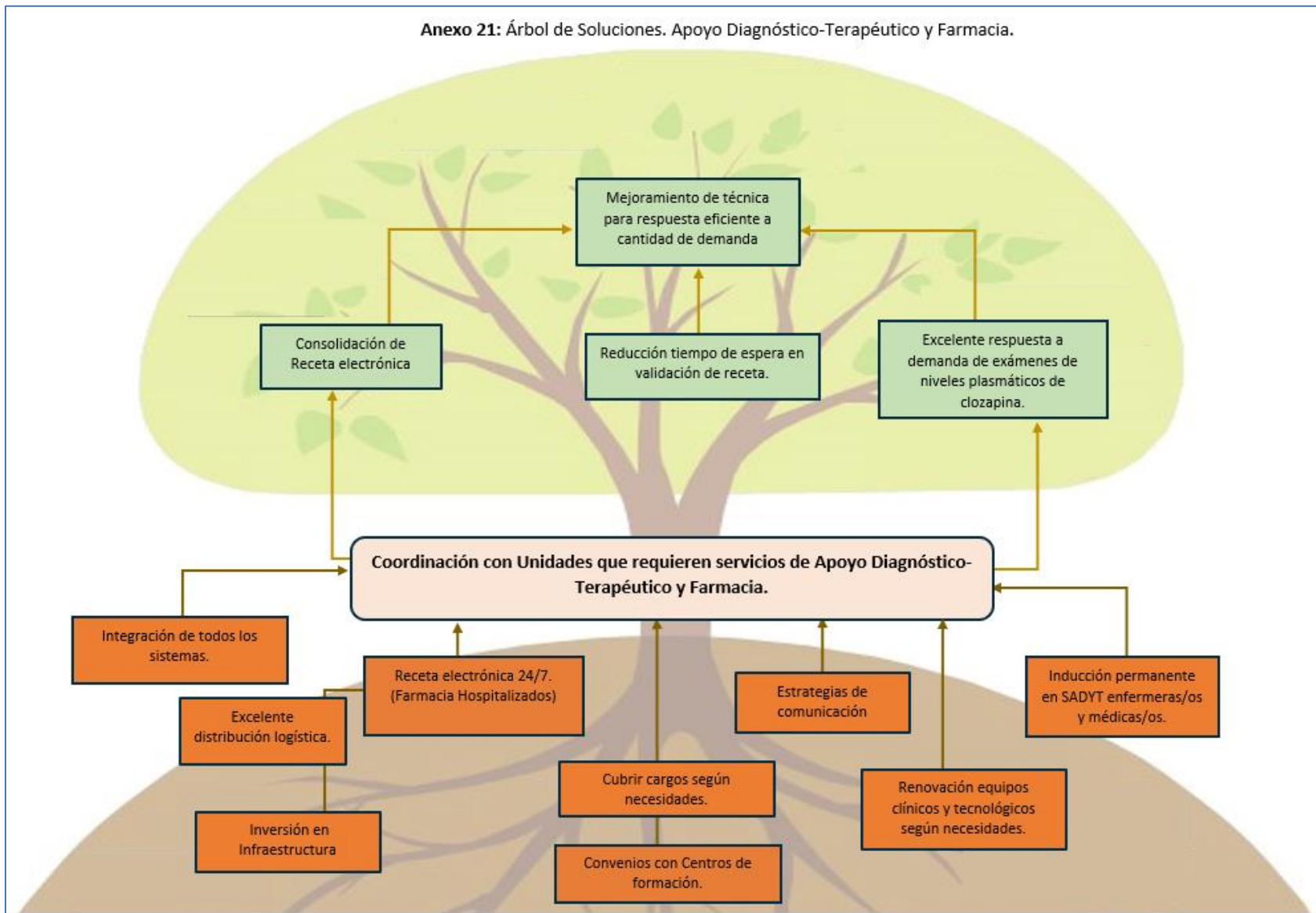
Anexo 19: Árbol de Soluciones Talleres Presenciales: "El viaje del Paciente", Gestión del Cuidado CAE.



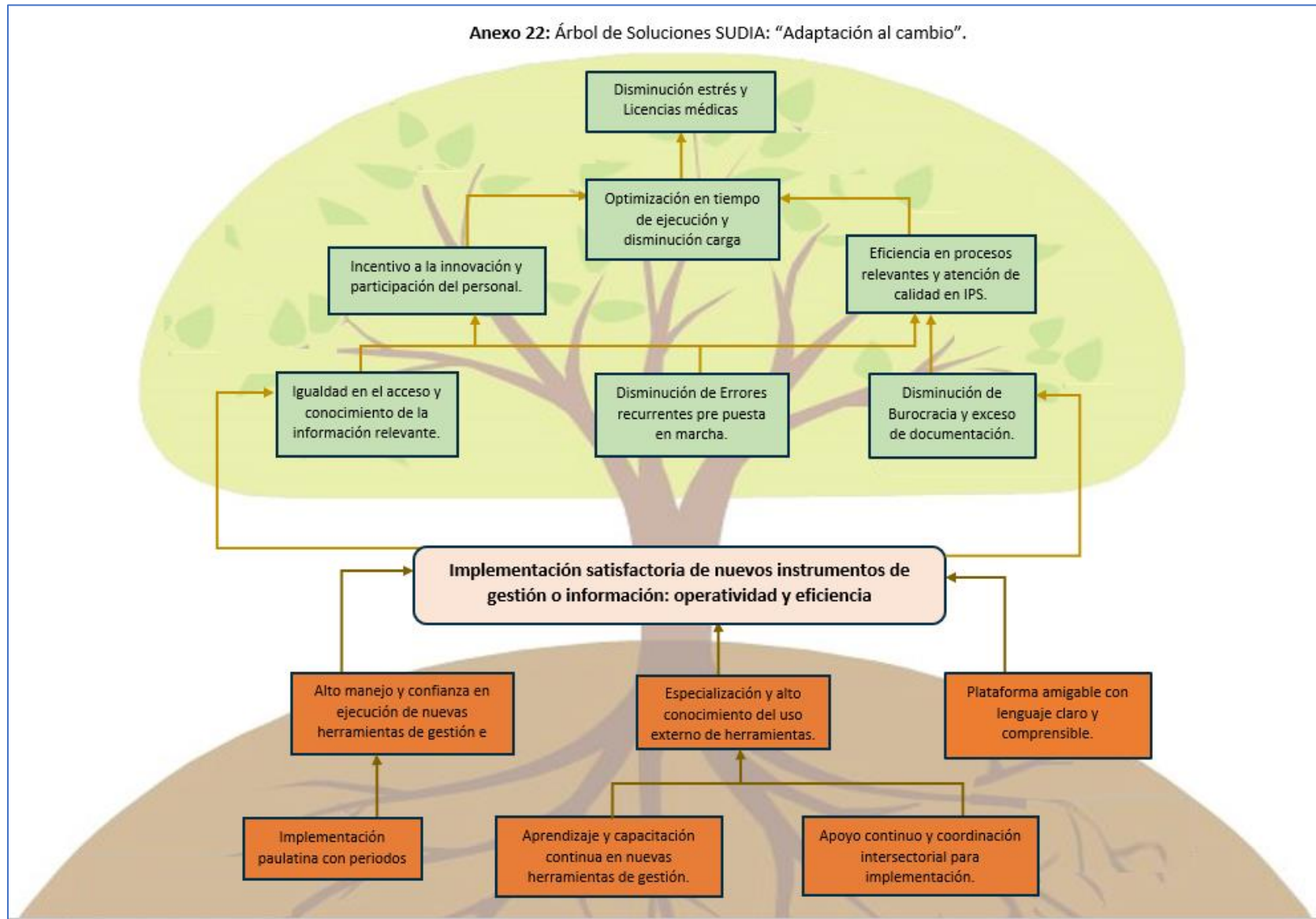
Anexo 20: Árbol de Objetivos Atención Urgencia UGC



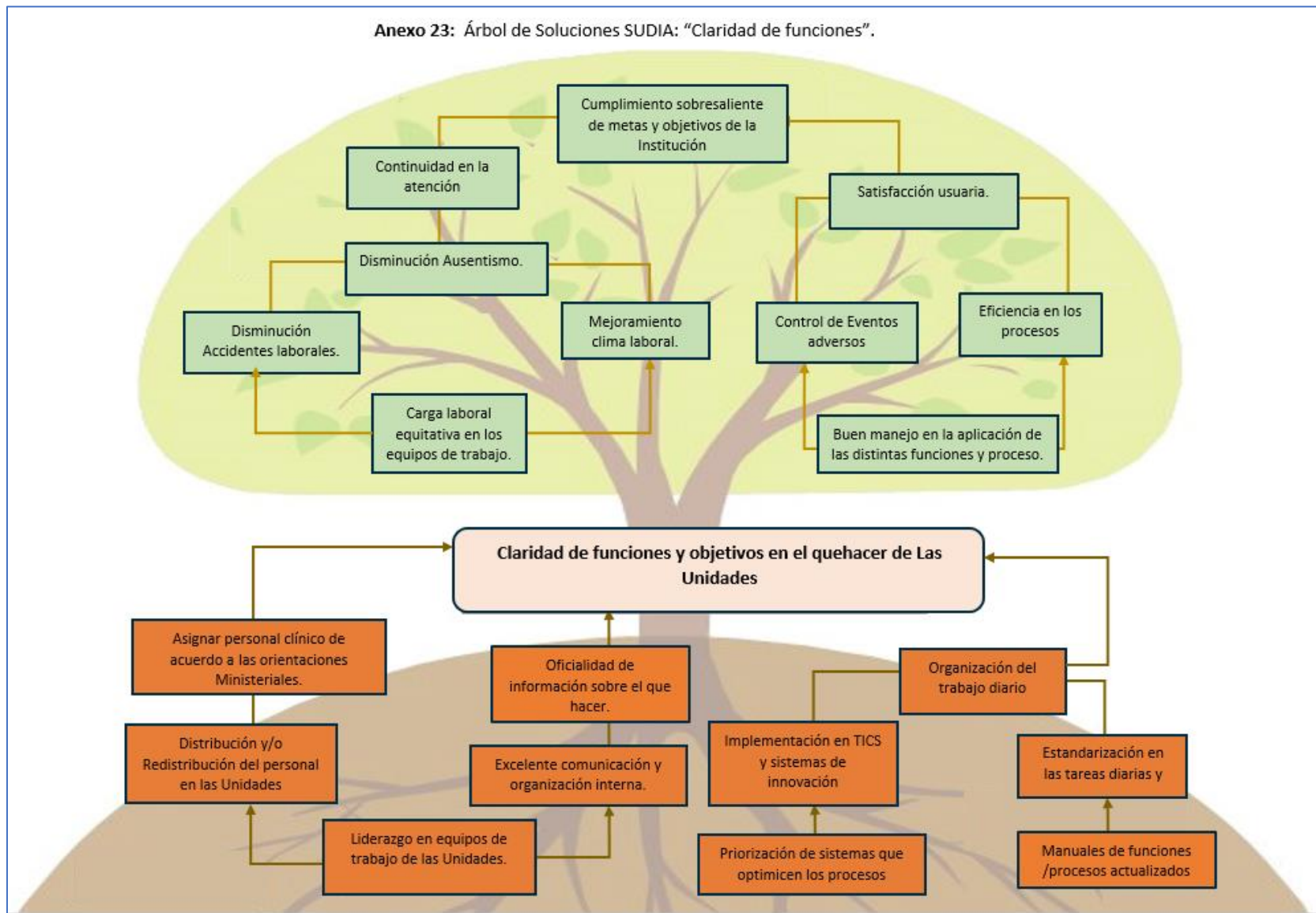
Anexo 21: Árbol de Objetivos CR ADT SUDIM



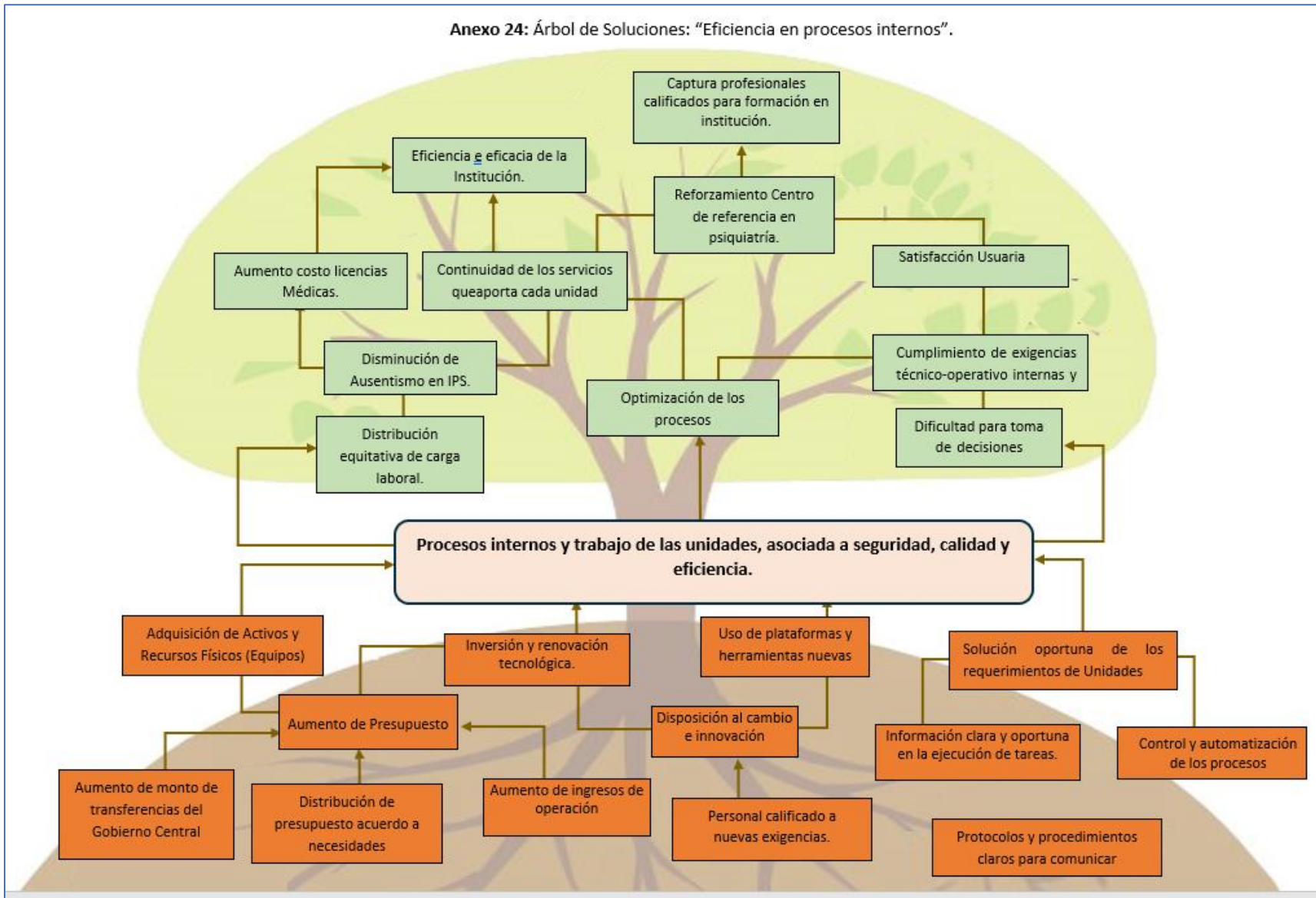
Anexo 22: Árbol de Objetivos SUDIA 1



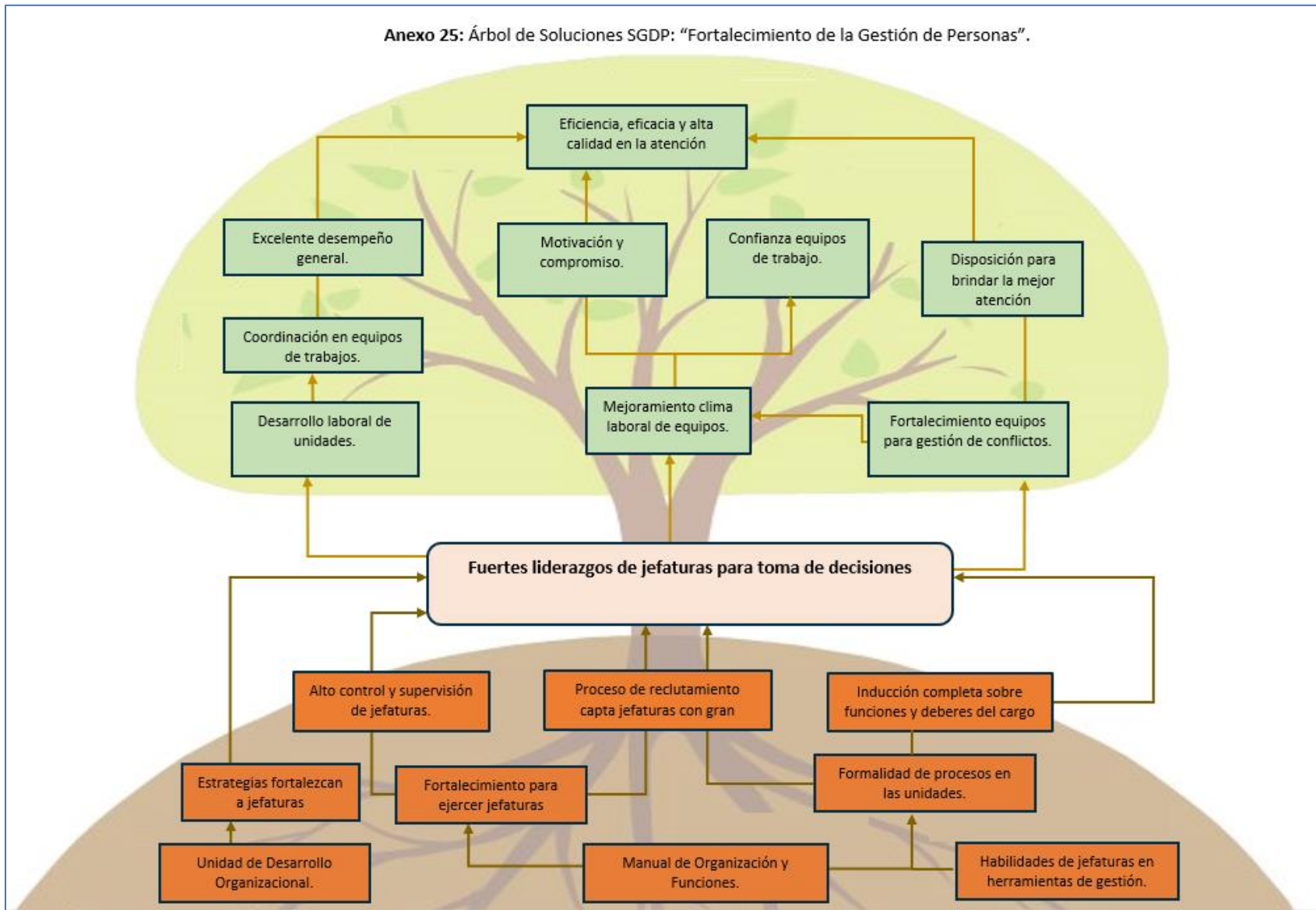
Anexo 23: Árbol de Objetivos SUDIA 2



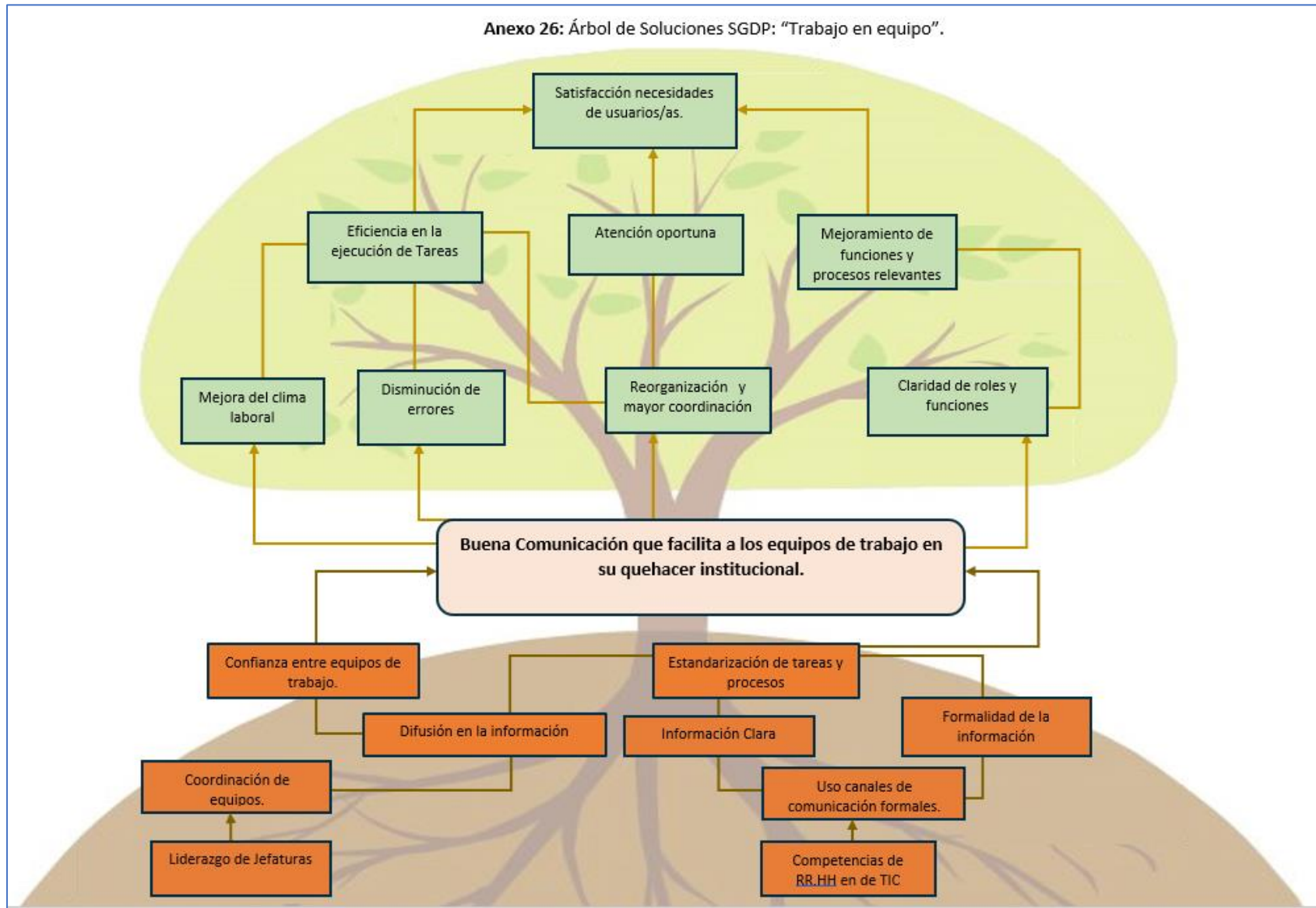
Anexo 24: Árbol de Objetivos SUDIA 3



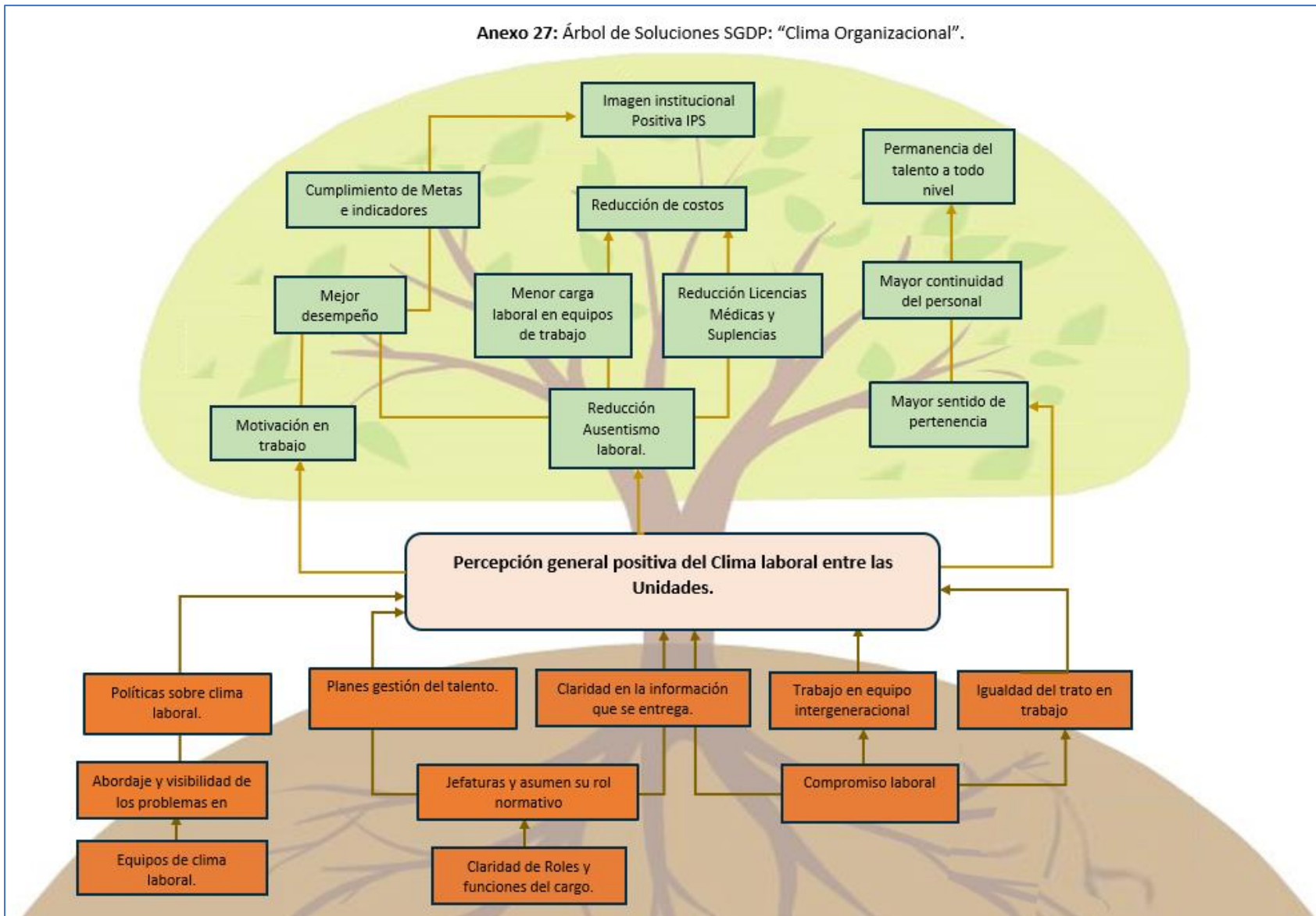
Anexo 25: Árbol de Objetivos SDGP 1



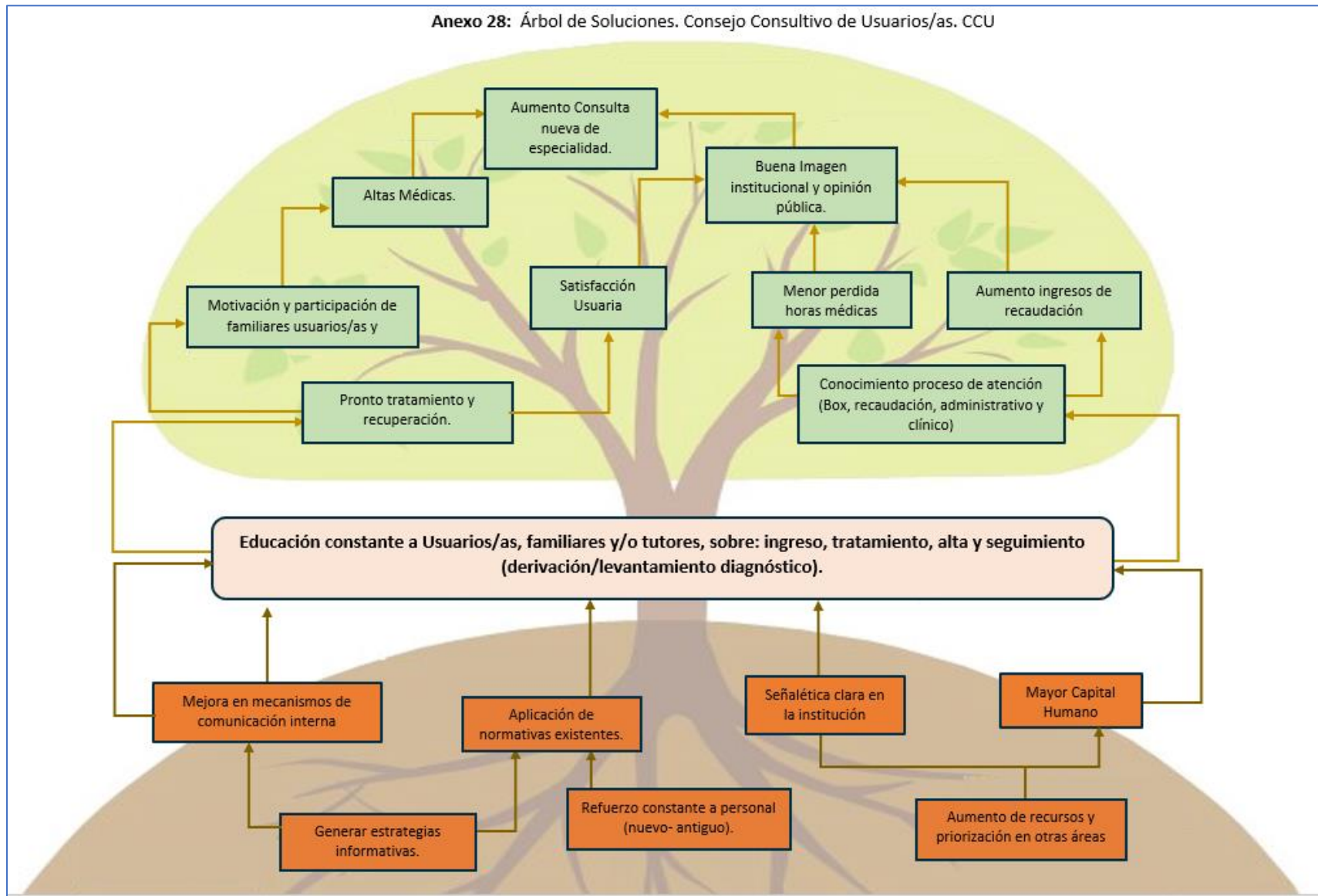
Anexo 26: Árbol de Objetivos SDGP 2



Anexo 27: Árbol de Objetivos SDGP 3



Anexo 28: Árbol de Objetivos CCU



Agradecimientos Finales

Gracias a toda la comunidad hospitalaria

Esta Planificación Estratégica comienza con la convicción del valor y esfuerzos realizado por todos nuestros funcionarios en un contexto tan complejo como lo fue la pandemia Covid.

Continúa con la motivación y constante compromiso con nuestros usuarios: por eso trabajamos día a día.

Queremos orientar todos los esfuerzos en brindar la mejor atención en Psiquiatría y Salud Mental del País.

