



PLANIFICACION ESTRATEGICA 2016 - 2018

Instituto Nacional del Cáncer

Este documento contiene la Planificación Estratégica del Instituto Nacional del Cáncer, las Políticas Institucionales, los Planes de Inversión y los Planes Anuales de Actividades, para el periodo 2016 – 2018.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-------------|
| 1. Antecedentes | 2 - |
| 2. Objetivos | 5 - |
| 2.1 Objetivo General | 5 - |
| 2.2 Objetivos Específicos | 5 - |
| 3. Marco Conceptual | 6 - |
| 3.1 Modelo del Ciclo de Desarrollo Estratégico | 6- |
| 3.2 Modelo de Cadena de Valor | 10- |
| 3.3 Modelo de Gestión | 11- |
| 4. Metodología de Trabajo | 6 - |
| 5. Planificación Estratégica Instituto Nacional del Cáncer Años 2016-2018. | 14 - |
| 5.1 Definiciones Estratégicas: Propuesta de Valor, Segmentos de Mercado y Posición Estratégica | 14 - |
| <i>¿Quiénes son clientes del incancer? y ¿quiénes no lo son?</i> | 15 - |
| <i>Propuesta de Valor: análisis de Las 5 Fuerzas de Porter Ampliadas</i> | 16 - |
| <i>Posición Estratégica del incancer: Análisis del Sistema de Valor (Red).</i> | 19 - |
| 5.2 Misión, Visión y Valores del Instituto Nacional del Cáncer | 22 - |
| Análisis FODA..... | 23 - |
| 5.3 Planificación de la Estrategia..... | 25 - |
| <i>Mapa Estratégico del INCANCER</i> | 25 - |
| <i>Objetivos Estratégicos y Estrategias 2016 - 2018.</i> | 27 - |
| <i>Políticas Institucionales.</i> | 30- |
| <i>Plan de Inversiones 2016 - 2018.</i> | 57- |
| <i>Plan Anual de Actividades 2016 – 2018.</i> | 60- |

1. ANTECEDENTES

El Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER) es un centro de referencia nacional para la resolución de casos oncológicos que incorpora alta complejidad, que forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), junto al Hospital San José, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz, el Hospital de Til Til, 5 Centros de Salud Familiar, 8 Consultorios de Salud Mental y 6 Consultorio Generales.

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), como el INCANCER, son organismos dependientes pero desconcentrados de los Servicios de Salud. Están insertos en una lógica territorial de áreas de salud, bajo la cual se agrupan tanto aspectos de demanda –la población–, como de oferta –los establecimientos de salud.

Los EAR surgen como tales a partir de la Ley N° 19.937 del año 2004, sobre Autoridad Sanitaria. La Reforma de la Salud los crea como respuesta a la necesidad de mayor autonomía en la gestión de los hospitales e institutos, manteniendo el concepto de Red Asistencial. Esta condición era necesaria en el escenario de hacer frente a los problemas de salud de las personas, con la mayor agilidad que imponía el sistema de Garantías Explícitas en Salud (G.E.S.) a través de condiciones de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, en las prestaciones de salud asociadas a un grupo prioritario de problemas.

El Reglamento Orgánico de los EAR¹, contempla la existencia de una “Red Asistencial de Alta Especialidad”, formando parte de ella, según indica la norma, “los Establecimientos Autogestionados que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional. Esta Red será coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, conforme a este Reglamento...”. En el mismo reglamento se contienen los requisitos que deben cumplir los EAR.

La Ley de Autoridad Sanitaria contempla otorgar esta autonomía a aquellos establecimientos que puedan demostrar el cumplimiento de una serie de requisitos que avalan una adecuada gestión administrativa y financiera de sus recursos. “Sin perjuicio de ello, el artículo decimoquinto de la Ley N°19.937 estableció un listado de 56 hospitales, que a la fecha de la aprobación de ley eran de tipo 1 y 2, en la anterior clasificación hospitalaria, los que de no ser calificados como EAR, a contar del 1 de enero de 2009 tendrían dicha calidad por el solo ministerio de la ley”². En el año 2006, el

¹ Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud.

² Nancuante y Romero (2008) “La Reforma de la Salud”.

INCANCER es uno de los tres primeros establecimientos³ que, por su propio mérito, obtuvieron la autonomía.

Paralelo a esto, el año 2015 el Ministerio de Salud (MINSAL) decide relevar la iniciativa propuesta por la OPS orientada a poner en práctica efectiva las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (RISS), para optimizar el uso de los diferentes dispositivos de atención que se encuentran disponibles en los territorios de cada uno de esos Servicios.⁴

En ese sentido, se hizo el esfuerzo de definir compromisos de gestión centrados en la lógica de las RISS, con periodo de desarrollo de los años 2015 a 2018, favorecer encuentros de los equipos directivos de los Servicios de Salud y definir acciones de complementariedad, que permitan una real integración de los equipos de salud locales, orientados al desarrollo de competencias que nos permitan enfrentar de mejor forma los desafíos de la situación epidemiológica actual.⁵

Cabe destacar que para el INC el terremoto sufrido en febrero del año 2010 afectó seriamente su infraestructura, quedando inutilizada toda el área norte del establecimiento, equivalente a 2.125⁶ M² de un total de 7.228⁷ M². Se perdieron 2 pabellones de cirugía mayor y un total de 8 camas de UTI.

Frente a esta situación de contingencia, el Instituto hasta el año 2012 adoptó algunas medidas paliativas que permitieron que la producción total del Instituto disminuyera en menor proporción que la pérdida de infraestructura e implementación, redistribuyendo unidades clínicas en áreas menos afectadas por el terremoto, trasladando las unidades administrativas a container en el antejardín del establecimiento y suspendiendo el funcionamiento del pensionado. El año 2011 comenzó la construcción de la torre médico-quirúrgica en el patio central del instituto, proyecto que permitió recuperar los espacios perdidos.

Ya el estudio de la Red Asistencial de la Región Metropolitana del año 1999, en condiciones normales, indicaba la necesidad de normalizar este hospital, en términos de hacerse cargo de las brechas de atenciones médicas y de recursos asociados. Los cambios epidemiológicos, el excelente desempeño del INC y el deterioro en la infraestructura llevaron a un primer desarrollo de un Estudio de Preinversión Hospitalaria (EPH) el año 2011, el que no tuvo su efectiva revisión en el MINSAL por el correspondiente cambio de gobierno.

³ Junto al hospital Luis Calvo Mackenna y el hospital de Temuco.

⁴ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

⁵ Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

⁶ Fuente: Documento: “Perfil del Instituto Nacional del Cáncer”.

⁷ Fuente: Primer Informe (borrador preliminar) del Estudio de Preinversión Hospitalaria.

Dicho estudio el presente año volvió a levantarse, actividad que está siendo desarrollada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, enmarcado en el contexto de los EPH y de la Red Asistencial que está realizando el SSMN.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

El Instituto Nacional del Cáncer requiere contar con una Planificación Estratégica que dé respuesta al momento actual y sus contingencias y orientado a la reposición del establecimiento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El Instituto Nacional del Cáncer ha visualizado la necesidad de contar con estos productos específicos:

1. El diseño y elaboración de la Planificación Estratégica del Instituto Nacional del Cáncer, con el respaldo de la una sistematización documental que dé cuenta de la participación de los funcionarios de establecimiento. Los contenidos mínimos que se esperan son: Visión, Misión, Valores Compartidos, Análisis FODA, Objetivos Estratégicos, Estrategia y Plan anual de actividades con indicadores y responsables.
2. Un documento que contenga los insumos necesarios para la elaboración del EPH que permita la reposición del Instituto Nacional del Cáncer.

3. MARCO CONCEPTUAL

La Planificación Estratégica se presenta como un proceso para la previsión del futuro, analizando los factores internos y externos con el objetivo de establecer las estrategias como medio de acción de una organización, enmarcadas en la visión y la misión, de manera que permitan el logro de los objetivos a largo plazo y las metas.⁸

La Planificación Estratégica precedente del INC se levantó usando el Modelo del Ciclo de Desarrollo Estratégico de Kaplan y Norton, así como el Análisis de la Cadena de Valor propuesta por Porter. Para la actual planificación se usarán los mismos modelos a modo de darle continuidad al trabajo.

3.1 MODELO DEL CICLO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO

Kaplan y Norton⁹ han desarrollado un modelo que permite relacionar la formulación estratégica con la implementación de la estrategia, relevando el rol que tienen los procesos operacionales en las organizaciones. Este modelo identifica etapas, las cuales se suceden coherentemente, que permiten transitar desde el análisis estratégico más general, hacia aspectos operacionales más específicos, utilizando la retroalimentación que genera la propia organización para perfeccionar la gestión estratégica.

Este modelo comprende cinco fases¹⁰:

- 1) Desarrollar la estrategia: emana de la misión, visión y declaraciones de valores de una empresa, y de un análisis de sus fortalezas, debilidades y entorno competitivo.
- 2) Traducir la estrategia en iniciativas y objetivos: usando mapas estratégicos que organizan los objetivos en temas, y balanced scorecards, que vinculan los objetivos con indicadores de desempeño.
- 3) Crear un plan operacional para conseguir los objetivos e iniciativas: incluye centrarse en las mejoras de procesos y preparar planes de ventas, recursos y capacidad, y presupuestos dinámicos.
- 4) Ejecutar los planes y monitorear su eficacia: se revisan los datos operacionales, ambientales y competitivos, evalúan el progreso e identifican las barreras a la ejecución.

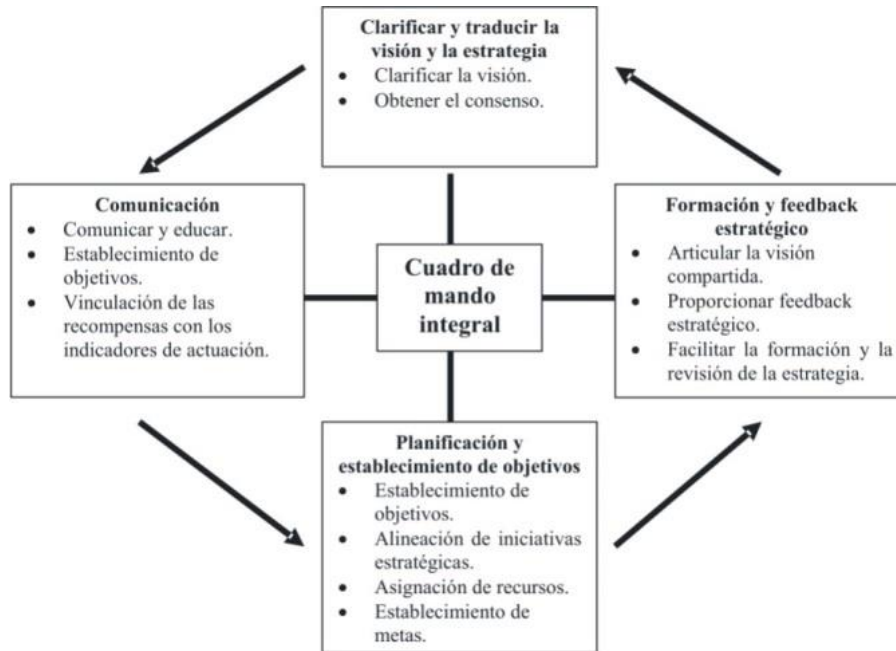
⁸ Fuentes T. & Luna M. (2011): "Análisis de tres modelos de planificación estratégica bajo cinco principios del pensamiento complejo", REDIP. UNEXPO. VRB., Vol. 1, No. 2.

⁹ Kaplan, R. & Norton, D (2008): "The Execution Premium, Integrando la estrategia y las operaciones para lograr ventajas competitivas", Harvard Business Press

¹⁰ Kaplan R. & Norton D. (2008): "Dominar el Sistema de Gestión", Harvard Business Review, Vol. 86, No. 1.

- 5) Testear la estrategia y analizar los costos, rentabilidad y correlaciones entre estrategia y desempeño: si los supuestos subyacentes son deficientes, actualizan la estrategia, iniciando así otro ciclo.

Fig. No. 1: Cuadro de Mando Integral como Mapa Estratégico (Kaplan R. & Norton D.)



Para poder desarrollar este trabajo, es primordial aunar definiciones respecto a los conceptos antes mencionados, es así como se entenderá que la visión, desde el punto de vista estratégico, debe señalar hacia dónde va el negocio, debe tener una perspectiva futurista, manifestar los objetivos a largo plazo de la organización y responder a la pregunta: “¿Qué queremos llegar a ser?”.¹¹

Por otra parte, la misión de una organización es un enunciado breve y claro que define cuál es su negocio, su razón de ser, manifiesta lo que desea ser y a quiénes servir mediante un enunciado que proporciona las líneas estratégicas que definen el rumbo del negocio enmarcadas en sus objetivos a largo plazo. Para definirla hay tres cuestionamientos básicos: ¿Qué necesidades o deseos estamos satisfaciendo? (demanda), ¿con qué productos o servicios daremos mayor satisfacción a nuestros clientes? (oferta) y ¿cuál ventaja competitiva nos hace ser diferentes a la competencia? ¿Por qué nos eligen a nosotros? (habilidad distintiva)”.¹²

¹¹ Fuentes T. & Luna M. (2011): “Análisis de tres modelos de planificación estratégica bajo cinco principios del pensamiento complejo”, REDIP. UNEXPO. VRB., Vol. 1, No. 2.

¹² Fuentes T. & Luna M. (2011): “Análisis de tres modelos de planificación estratégica bajo cinco principios del pensamiento complejo”, REDIP. UNEXPO. VRB., Vol. 1, No. 2.

Por último, respecto a los valores, podemos decir que estos son, en esencia, creencias duraderas acerca de una conducta o una consecuencia específica, que hace que sean personal o socialmente preferibles por sobre otras¹³. Otra definición indica que los valores plantean el marco ético–social dentro del cual la empresa lleva a cabo sus acciones, forman parte de la cultura organizacional y establecen los límites en los cuales debe enmarcarse la conducta de los individuos pertenecientes a ella, tanto en el plano organizacional como en el plano personal¹⁴.

En esencia, los valores institucionales son elementos de la cultura organizacional, propios de cada entidad. Son enunciados que guían el pensamiento y la acción de los miembros de ésta, que se convierten en creencias arraigadas que definen comportamientos e indican claramente pautas para la toma de decisiones¹⁵

Es importante señalar que en los planteamientos de Kaplan y Norton¹⁶ se destacan el valor de las destrezas de los empleados, los sistemas de tecnologías de la información (TI) y la cultura organizacional, más que el de los activos tangibles (financieros y físicos), ya que los primeros – intangibles - son difíciles de copiar por los competidores, lo que los convierte en una poderosa fuente de ventaja competitiva sostenible. Si los ejecutivos, o directivos en el caso de los establecimientos de salud, hallasen una forma de calcular el valor de sus activos intangibles, podrían medir y gestionar de manera mucho más fácil y precisa la posición competitiva de la empresa.

Al entender los problemas asociados a la valoración de los activos intangibles, se descubre que la medición del valor creado por esos activos está inserta en el contexto de la estrategia que persigue la empresa. Una organización no puede asignar de modo alguno un valor financiero a un activo intangible como “personal motivado y preparado” de forma aislada, porque su valor sólo se deriva del contexto de la estrategia. Pero lo que la empresa sí puede medir, es si su fuerza laboral está lo suficientemente entrenada y motivada para perseguir un objetivo determinado.¹⁷

Desde esta perspectiva, queda en evidencia que medir el valor de los activos intangibles es en realidad una estimación acerca de cuán estrechamente alineados están esos activos con la estrategia de la empresa. Si ésta tiene una estrategia sólida y los intangibles están alineados con esa estrategia, los activos crearán valor para la

¹³ Hitt, Black & Porter, (2006): “Administración”. México: Pearson Educación.

¹⁴ Francés A. (2006): “Estrategia y planes para la empresa: con el cuadro de mando integral.” México: Pearson Educación de México S.A. de C.V.

¹⁵ Álvarez J. (2014): “Tesis para optar al grado de magister en control de gestión: Propuesta de Herramienta de Planificación Estratégica para la Gerencia Educación de Fundación Minera escondida”. Postgrado Economía y Negocios, Universidad de Chile.

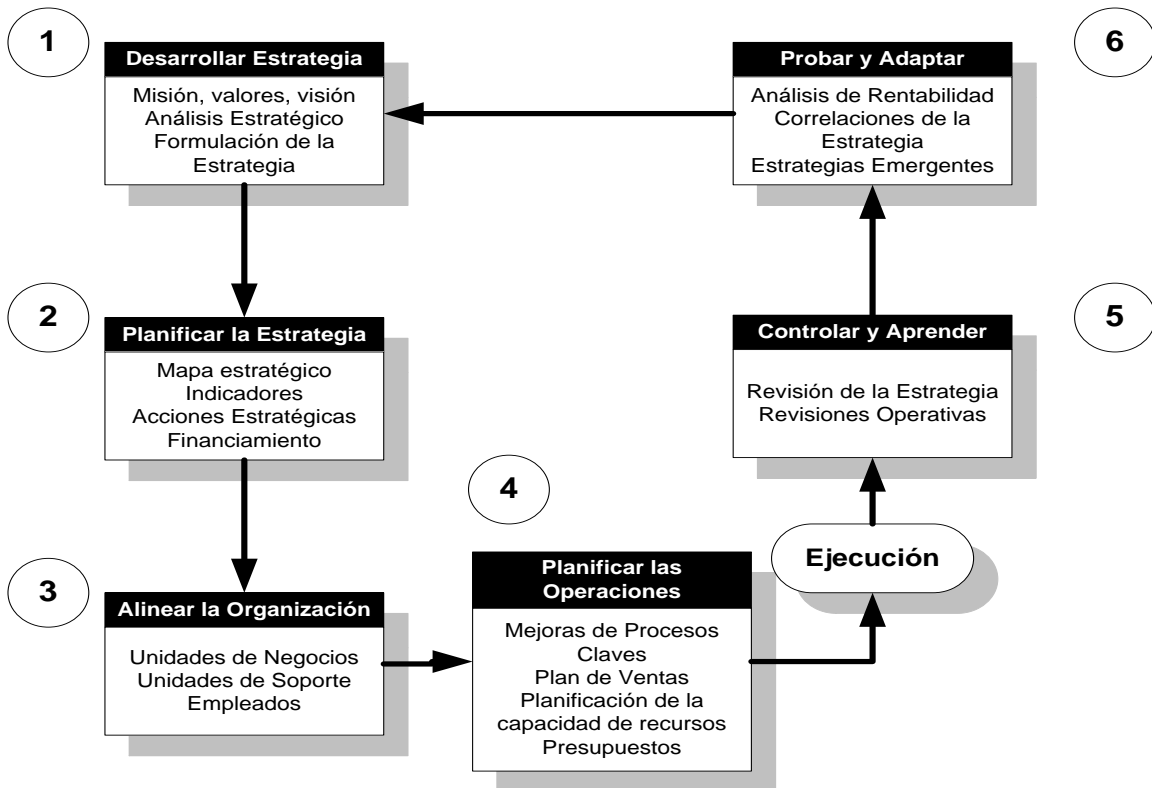
¹⁶ Kaplan R. & Norton D. (2004): “Medir la disposición estratégica de los activos intangibles”. Harvard Business Review America Latina.

¹⁷ Kaplan R. & Norton D. (2004): “Medir la disposición estratégica de los activos intangibles”. Harvard Business Review America Latina.

organización. Si los activos no están alineados con la estrategia o si ésta tiene fallas, los intangibles generarán poco valor, incluso si se han hecho grandes inversiones en ellos.¹⁸

Finalmente, este modelo es una herramienta útil en la construcción de los planes empresariales, porque transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas diferentes: financiera, cliente, procesos internos y aprendizaje y crecimiento; permitiendo un equilibrio entre los objetivos a corto y mediano plazo, y entre los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados.¹⁹ Sin embargo, para que la aplicación de esta herramienta resulte en un crecimiento para la organización, su construcción debe ser realizada en un trabajo mancomunado con todo el personal del establecimiento, con retroalimentación permanente, tal como se observa en la siguiente figura:

Fig. No. 2: Esquema de Integración de la Estrategia y las Operaciones.



¹⁸ Kaplan R. & Norton D. (2004): "Medir la disposición estratégica de los activos intangibles". Harvard Business Review America Latina.

¹⁹ Fuentes T. & Luna M. (2011): "Análisis de tres modelos de planificación estratégica bajo cinco principios del pensamiento complejo", REDIP. UNEXPO. VRB., Vol. 1, No. 2.

3.2 ANÁLISIS DE CADENA DE VALOR

La metodología de análisis de Cadena de Valor propuesta por Porter²⁰ permite observar a la organización como una sucesión de actividades que van incorporando valor a un producto o servicio que ella otorgará a un cliente o consumidor. La utilidad de este modelo radica en que permite entender las fuerzas que constituyen ventaja competitiva para la institución, ya que se concentra en examinar a la organización en el contexto de la cadena general de actividades que crean valor y del que la institución en análisis es sólo una parte.

De este modo, la cadena de valor corporativa está inserta en un campo más grande de actividades al que se le denomina sistema de valor o cadena de valor de la industria, constituyendo parte de una cadena más amplia que incluye la cadena de valor del proveedor, de la propia organización, del canal de distribución y del comprador.

Mediante el análisis de las actividades de valor que se desarrollan en una organización se pueden detectar diferencias entre su cadena de valor y la de sus competidores y que podrían constituir fuentes para lograr una ventaja competitiva que puede ser sostenible en el tiempo.²¹

Para realizar este análisis en una organización, se revisan tres niveles de información²²:

1. Examinar la cadena de valor de cada línea de producto o servicio en relación con las diversas actividades que participan en su otorgamiento.
2. Examinar las relaciones dentro de la cadena de valor de cada línea de producto o servicio.
3. Examinar las sinergias potenciales entre las cadenas de valor de diferentes líneas de productos o servicios o unidades de negocio.

Se determinarán cuáles son las actividades primarias y las actividades de apoyo que²³:

1. Son estratégicas o constituyen una ventaja competitiva para la organización.
2. Son clave para la existencia del negocio.
3. Son mejorables y constituyen puntos débiles para la organización.

²⁰ Porter, M. (1979) "How competitive forces shape strategy", Harvard business Review, marzo/abril 1979.

²¹ M. Porter, Competitive Advantage: Crating and Sustaining Superior Performance (Nueva York: The Free Press, 1985), p. 36.

²² T.,L. Wheelen, Administración Estratégica y Política de Negocios (Pearson, 2007).

²³ T.,L. Wheelen, Administración Estratégica y Política de Negocios (Pearson, 2007).

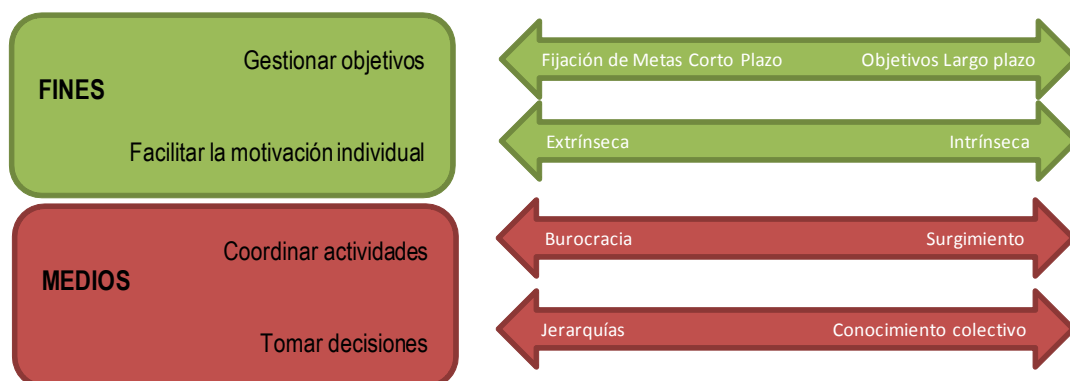
3.3 MODELO DE GESTIÓN

Estos se utilizan para contestar el ¿cómo se va a gestionar la organización?

El modelo propuesto por Birkinshaw y Goddard²⁴ refleja la elección que han realizado los altos directivos de una organización, en cuanto a: i) Definición de objetivos; ii) Motivación de esfuerzos; iii) Coordinación de actividades; y iv) Asignación de recursos; es decir, cómo definen el trabajo gerencial. El modelo contempla indagar respecto de:

- **Opciones sobre la naturaleza de los objetivos perseguidos por una organización.** ¿Existe una serie de metas claras de corto plazo o se sigue un camino oblicuo, a través de la definición de grandes objetivos de largo plazo?
- **Opciones sobre cómo motivar a los individuos para que persigan esos objetivos.** ¿Se intenta contratar a gente valiosa, y retenerla mediante recompensas extrínsecamente atractivas, como salario, beneficios y bonificaciones, o se pone el foco en recompensas intrínsecas, como la oportunidad de hacer una contribución a la sociedad, el sentimiento de logro o el reconocimiento de sus pares?
- **Opciones sobre cómo se coordinan las actividades.** ¿Los directivos apelan a procesos formales y bien estructurados para distribuir las tareas o alientan una coordinación informal y espontánea, a través de la adaptación mutua?
- **Opciones sobre cómo se toman las decisiones.** ¿Los directivos son responsables de las decisiones y confían en su conocimiento y experiencia, o prefieren aprovechar el conocimiento dispar de sus subordinados y asignar la responsabilidad en forma colectiva?

Fig. No. 3: Modelo de Gestión de Birkinshaw y Goddard



²⁴ Birkinshaw J. & Goddard J. (2009): What is your Management Model? MIT Sloan Management review, Winter 2009, Vol 50 No.2.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Primero se desarrolla el plan estratégico general y sobre este, se generan las definiciones necesarias para readecuar el modelo de gestión; este enfoque está basado en la premisa de que “la estructura sigue a la estrategia”²⁵. Bajo esta premisa, la estructura, es decir, la forma como se organiza una entidad para desarrollar sus funciones, sigue a la estrategia, o a los planes de largo plazo para cambiar las actividades de una organización, de manera tal de mantenerse vigente en el mercado.

El trabajo se levantará a través del trabajo del equipo directivo del establecimiento, que se reúne regularmente una vez a la semana, para estructurar la estrategia, haciendo uso de las distintas herramientas antes mencionadas. También se pretende tener un enfoque “participativo” en este trabajo, el cual tiene como objetivo lograr la apropiación de la estrategia por parte de la organización, a partir de la identificación de los diferentes actores con la misma.

Definir la estrategia del INC considera plasmar su misión, visión y objetivos, así como identificar las políticas y planes de acción o programas que ayudarán a la consecución de los objetivos propuestos.

El trabajo se apoyará, tal como se mencionara en el marco conceptual, en los conceptos de desarrollo de estrategias competitivas y estrategia corporativa desarrollado por Porter²⁶, esto es, en la selección de un conjunto de actividades que diferencien al INC de otros establecimientos de salud y que permitan generar una propuesta de valor distinta y superior para sus usuarios.

El diseño estratégico debe considerar un análisis FODA, con el propósito de testear tanto los desafíos internos como del entorno que la estrategia implica para la organización. Desde la mirada interna, las fortalezas corresponden a las capacidades especiales con que cuenta la institución que le permite situarse en una posición privilegiada respecto de los otros establecimientos; en cambio las debilidades corresponden a los factores que van en desmedro de dicha posición. Desde la mirada externa, las oportunidades son aquellos factores o situaciones en el entorno que la institución debe aprovechar con la finalidad de mejorar su situación competitiva; en cambio, las amenazas, son aquellos factores que atentan contra la posición competitiva del instituto.

El análisis FODA proporciona una buena perspectiva para conocer qué tan firme o endeble es la posición de la organización. En este sentido, el análisis FODA se basa en el principio fundamental de que los esfuerzos en el diseño de la estrategia deben ajustarse

²⁵ Chandler, Alfred D. *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press, 1962, 22-39.

²⁶ Porter, M. (1996): “What is a Strategy” *Harvard Business Review* October-November 1996.

a la capacidad de los recursos de la organización (equilibrio entre las fortalezas y debilidades de sus recursos) y su situación externa (que se manifiesta por las condiciones de la compañía y la industria, las propias oportunidades de mercado de la empresa y las amenazas específicas externas que vulneran su rentabilidad y ubicación en el mercado).²⁷

²⁷ Thompson y Strickland: "Administración Estratégica: Textos y Casos" 13a edición, McGraw Hill.

5. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER AÑOS 2016-2018.

5.1 DEFINICIONES ESTRATÉGICAS: PROPUESTA DE VALOR, SEGMENTOS DE MERCADO Y POSICIÓN ESTRATÉGICA

El conjunto de problemas que se debe tener presente al momento de estructurar la estrategia institucional y que fueran detectadas por los directivos del Instituto Nacional del Cáncer, serían las listadas a continuación, ordenadas de mayor a menor en función del impacto que tendrían en la población de acuerdo a la visión de los directivos del Instituto.

1. El Cáncer se convierte en la primera causa de muerte en Chile.
2. La escasa confianza de la población respecto del riesgo de desarrollar cáncer a partir de conductas y/o estilos de vida poco saludables.
3. La escasa confianza de la población en la buena calidad del tratamiento oncológico.
5. La escasez de especialistas oncólogos a nivel nacional.
6. Infraestructura en condiciones que no permiten dar respuesta adecuada a la demanda de atención

¿QUIÉNES SON CLIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER? Y ¿QUIÉNES NO LO SON?

Normalmente un cliente, en cualquier industria en general, hace en paralelo 3 funciones: 1) Toma la decisión de consumo, 2) Es el pagador, y 3) Es el usuario del servicio. En salud el proceso de compra no funciona así, ya que son diferentes entes los que ejercen estas funciones. Es por esto que se hace necesario definir el concepto de cliente en salud.

A diferencia de lo que ocurre en otras industrias, en salud no existe un sólo agente que tenga todos los atributos de cliente.

En salud las tres acciones de cliente las ejercen agentes distintos:

- Consumidor: Quien hace uso de una prestación de salud.
- Financiado: El pagador o financista de la prestación.
- Comprador: Quien realiza la función de compra de la prestación.

¿Quién es el Cliente de un hospital Autogestionado en Red Asistencial?

Un establecimiento autogestionado en red –como lo es el Instituto Nacional del Cáncer– enfrenta una serie de actores con los cuales establece relaciones de distinto tipo, muchos de los cuales podría pensarse que son clientes :MINSAL, FONASA, Servicio de Salud, SEREMI, otros establecimientos de otras redes, municipalidades, Ministerio de Hacienda, Contraloría, ISAPRES, los pacientes, los médicos, etc. Se hace necesario recurrir a alguna definición conceptual que ayude a ordenar estas relaciones y que permita identificar a los clientes.

En la ilustración a continuación se muestra separadamente las funciones que intervienen en la compra de servicios de salud y los respectivos actores que las desempeñan.



Ilustración 1: Concepto de cliente en salud

| Cliente | | |
|--|--|--|
| Comprador | Financiado | Consumidor |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fonasa. • Pacientes. • Servicio de Salud (firma los convenios) • Institución de salud que derivan (otros hospitales). | <ul style="list-style-type: none"> • Fonasa. • Isapres. • Red Social (municipalidades, ministerios, otros privados) | <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes. • Familiares de pacientes. |

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del taller de Planificación Estratégica y basado en Porter, M. (1996): "What is a Strategy" Harvard Business Review October-November 1996.

La óptica correcta para responder esta pregunta es desde la perspectiva del marketing estratégico. Los resultados de la discusión se presentan en la siguiente ilustración:

Ilustración 2: Identificación de Segmento de Mercado

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• En la actualidad:• Población del área norte de la Región Metropolitana (50% app), Servicios de Salud L.B. O'Higgins, Servicio de Salud Maule y Otros casos de alta complejidad de l país.• Fonasa grupos A, B, C y D.• Artistas y retornados (Prais).• Desde 15 años cumplidos en adelante• Radioterapia infantil.• Población penal• Inmigrantes (de acuerdo a instrucciones que imparta la autoridad)• En el futuro:• Toda la Región Metropolitana en tratamientos o procedimientos de alto costo• Pacientes Complejos y baja incidencia de todo Chile.• Pacientes de la seguridad social América Latina.• Mayor diversidad socioeconómica de pacientes. <p>¿Quiénes son?</p>  | <ul style="list-style-type: none">• Pacientes del Servicio de Urgencia.• Pacientes neuroquirúrgicos.• Leucemia aguda.• Oncología Médica y Cirugía Infantil (excepto Radioterapia). <p>¿Quiénes no son?</p>  |
|--|---|

PROPUESTA DE VALOR: ANÁLISIS DE LAS 5 FUERZAS DE PORTER AMPLIADAS

Amenaza de Nuevos competidores

Existe una fuerte amenaza de ingreso de competidores al mercado del otorgamiento de prestaciones de salud relacionadas con la oncología.

Esta amenaza cobra fuerza en la medida que desde el Ministerio de Salud y de FONASA, se ha dado la señal de comprar prestaciones al sector privado para disminuir las listas de espera, lo que hace atractivo el ingreso de nuevos competidores.

Asimismo, se estima que las unidades de oncología de los demás Servicios de Salud también representan una amenaza importante para el Instituto, en la medida que los

recursos para atender a pacientes de FONASA son los mismos o similares a otros años, lo que disminuye o podría disminuir el monto de recursos para la actividad del Instituto.

Rivalidad entre competidores existentes

La rivalidad entre los establecimientos que se dedican al otorgamiento de prestaciones oncológicas, está siendo muy fuerte para obtener los recursos financieros disponibles.

Si bien estiman que, por ejemplo, la Fundación Arturo López Pérez hace lo mismo que el Instituto Nacional del Cáncer, a un nivel igual o menor, dicha Fundación aparece a un nivel superior de exposición que el Instituto. Ello implica que la ciudadanía aprecia a la Fundación igual o mejor que al Instituto.

Adicionalmente, y tal como ya se dijo más arriba, el Ministerio y FONASA apuntan a financiar las prestaciones al prestador que solucione los problemas, sea que se trate de entes públicos o privados.

Ingreso de Productos Sustitutos

Se estima que la existencia de productos sustitutos no es amenaza o presión competitiva importante para el Instituto.

La existencia de tecnología o descubrimientos que curen o prevengan el cáncer (como la vacuna contra el virus del Papiloma Humano), no son reales amenazas en el corto o mediano plazo.

Poder de Negociación de los Proveedores

En este caso, se identificaron dos problemas importantes.

El primero, referido al costo de reposición de los bienes que permiten otorgar prestaciones. El problema es que, al ser menores los recursos disponibles, la posibilidad de pago oportuno al proveedor de insumos es menor, lo que redundaría en un endeudamiento. Pero como el proveedor sabe que le pagarán con retardo, los precios que cobrará serán mayores para compensar el atraso.

El segundo es quizá el mayor problema: el recurso humano, se entiende por éste a todo el equipo de salud.

Las causas del por qué es hoy un problema importante son variadas.

- Falta de espacios por daños tras terremoto. Esto no tiene solución en el corto tiempo, lo que aumenta la frustración.
- Frente a las condiciones antes descritas el personal se ve tentado a irse al sector privado que, fuera de no tener estos problemas, paga un salario bastante mayor al que se logra en el sector público.

Poder de Negociación de los Compradores

En la actualidad Fonasa es el comprador, define los precios (aranceles), cómo va a pagar y cuándo.

FONASA define los precios los que no son elaborados teniendo en cuenta los costos reales. Los precios están por debajo y, en algunos casos, “muy” por debajo del precio que se paga a los privados. Algo mejor ha funcionado la “paquetización” de prestaciones asociados a determinadas patologías.

No se vislumbra el modo en que se pueda equilibrar este poder, máxime si, como ya se ha dicho, FONASA no tiene problemas en comprar prestaciones al sector privado.

Rol de los Complementadores

Los resultados de las encuestas de satisfacción usuaria dan cuenta de que las condiciones de atención (“amenidades”) son fuertemente valoradas por la ciudadanía.

Sin embargo, estamos conscientes que el Instituto, fundamentalmente como consecuencia del terremoto, que las amenidades son insuficientes a la demanda real que hoy tenemos.

Contexto Institucional

Finalmente, se analizó el contexto institucional. Para este factor, se concluyó:

- Que las normas jurídicas aplicables a los establecimientos públicos de salud constituyen en algunos casos obstáculos a una mejor y más eficiente gestión.

- Que la existencia de una Red Asistencial de Alta Especialidad, contemplada en la Reforma de Salud, no está siendo aplicada en lo que ella significa para la gestión.

POSICIÓN ESTRATÉGICA DEL INCANCER: ANÁLISIS DEL SISTEMA DE VALOR (RED).

No es posible determinar la posición de una organización en el mercado, así como desarrollar eficazmente estrategias competitivas si no se examina en detalle las actividades o servicios que presta la organización, así como la forma en como estas se llevan a cabo.

Para estos efectos, se utiliza el enfoque de la cadena de valor, la cual disgrega a la institución en sus actividades estratégicas relevantes para comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación existente y potencial, en función de generar valor para el o los clientes. Así una organización, obtiene una ventaja competitiva respecto de sus rivales, desempeñando estas actividades estratégicas importantes más baratas o mejor que sus competidores.

Entender el sistema de valor del Instituto Nacional del Cáncer permitirá más adelante desarrollar la cadena de valor antes mencionada. Este sistema de valor incluye la cadena de valor del proveedor, de la propia organización, del canal de distribución y del comprador, para poder determinar el contexto actual del Instituto.

Desde esta perspectiva, la organización puede describirse como el conjunto de actividades que se desempeñan para diseñar, producir, llevar al usuario, entregar y apoyar a sus productos o servicios. En este sentido, el formato del sistema de valor de la organización se desarrolló de acuerdo a la normativa de establecimientos de alta especialidad, el cual indica que debe tener:

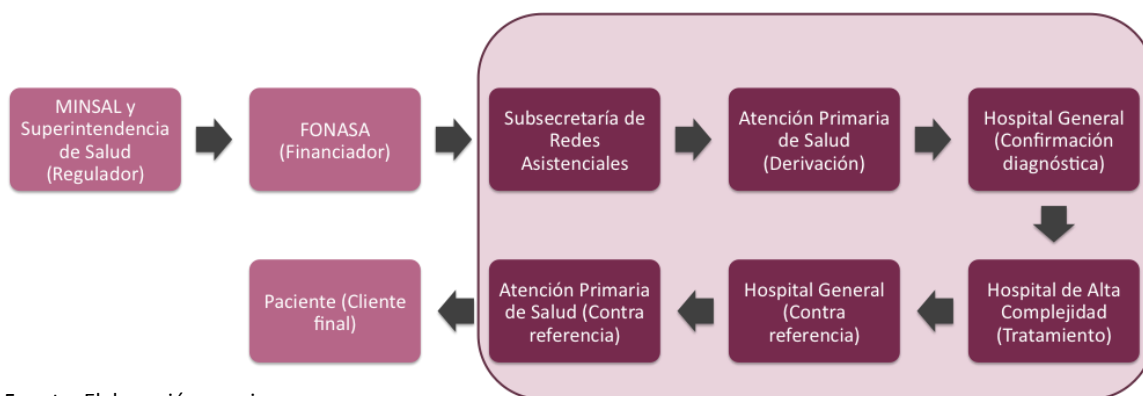
- i) Atención preferente de una determinada especialidad,
- ii) Alta complejidad técnica; Contar con una política técnica de investigación en su especialidad,
- iii) Actividades de investigación,
- iv) Formación de especialistas en el área,
- v) Cobertura nacional o multi regional y
- vi) Resolución de una parte significativa de la demanda nacional de la especialidad.

Por lo tanto, el sistema de valor del Instituto Nacional del Cáncer podría describirse desde la perspectiva asistencial, docente, investigativa y de extensión. Este conjunto de actividades constituyen lo que habitualmente se denomina “unidad de negocio”.

En la Ilustración 3: Sistema de Valor de Establecimientos de Alta Especialidad se muestra el sistema de valor en el cual está inserto el Instituto Nacional del Cáncer como Establecimiento de Alta Especialidad.

En este modelo la red (recuadro destacado en la Ilustración 3: Sistema de Valor de Establecimientos de Alta Especialidad) está conformada por: La Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de la articulación y desarrollo de la red; los establecimientos de Alta Especialidad, encargados de la atención secundaria y terciaria (cerrada), respectivamente; y, por los consultorios de atención primaria pertenecientes, principalmente –aunque no exclusivamente- al gobierno municipal. De esta manera, el sistema de valor en el cual participa el Instituto tiene como insumos las políticas y normas del MINSAL y el financiamiento del FONASA y como cliente al paciente beneficiario del FONASA y del Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Ilustración 3: Sistema de Valor de Establecimientos de Alta Especialidad



Fuente: Elaboración propia

Descrito el sistema de valor general de un Establecimiento de Alta Especialidad es necesario caracterizar el sistema de valor actual del Instituto Nacional del Cáncer.

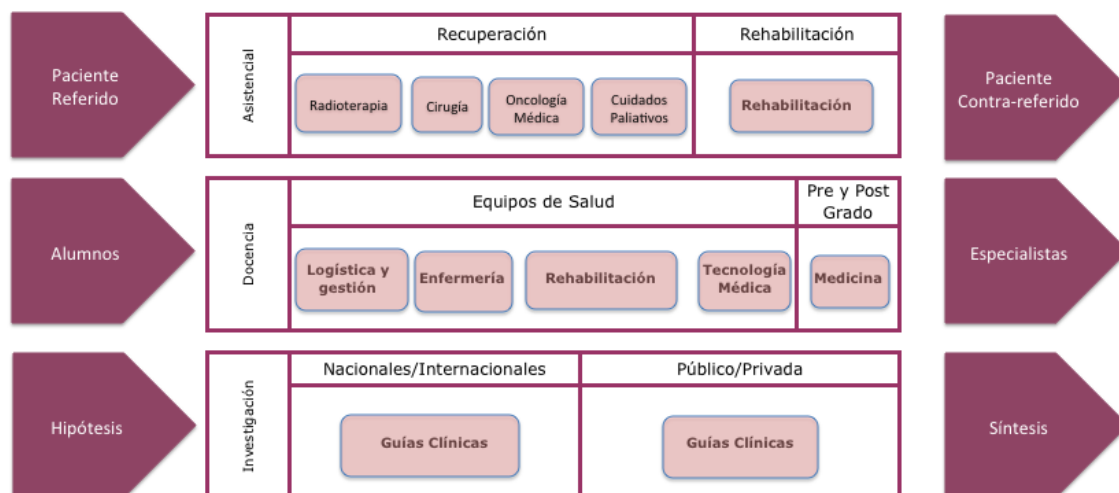
La principal diferencia observada, entendemos, es que en el caso del acceso a través del mercado a prestadores privados, existe libertad de elección del paciente respecto de la atención, condicionada principalmente por su capacidad de pago y los precios que debe enfrentar, en función de la cobertura financiera que su plan de seguros le provea. El paciente se atiende cuando considera pertinente y luego es referido por su médico, en un escenario de fuerte asimetría de información, problemas de agencia y de demanda inducida que generan un problema de contención de costos.

Por el contrario, en el caso de la red pública, el paciente se atiende cuando un profesional de salud asignado por la red, considera pertinente su atención. Esto permite que los pacientes que requieran –desde el punto de vista técnico- una atención más

especializada puedan acceder escalonadamente a los mayores niveles de complejidad de la red a un costo que es razonable para el sistema. Desde esta perspectiva, el énfasis en la gestión de establecimiento de alta especialidad está puesto en la gestión de los flujos de referencia y contra referencia de pacientes en atención a que la oferta de servicios es un recurso estático.

En un escenario de recursos fijos, la gestión de la pertinencia de los pacientes referidos es la principal actividad estratégica, la que genera valor para los clientes de la red y maximiza los recursos disponibles del Instituto. Así, el análisis de posición estratégica debe realizarse no sólo desde las prestaciones de alta especialidad que permiten diferenciar al Instituto Nacional del Cáncer del resto de establecimientos de salud con servicios de oncología, sino que adicionalmente el análisis se debe realizar a la luz de la pertinencia de los flujos de pacientes, tanto para la entrada como para la salida.

Ilustración 4: Sistema de Valor del Instituto Nacional del Cáncer



Fuente: Elaboración propia.

Los sistemas de valor, por definición corresponden a actividades específicas, físicas y tecnológicas que son necesarias para la generación del valor para todos los clientes, es decir, pacientes, especialistas, comunidad científica y las personas.

En la Ilustración anterior, se pueden observar los distintos sistemas de valor, presentes en el Instituto Nacional del Cáncer y las distintas actividades que se realizan.

Respecto del sistema descrito, se puede comentar lo siguiente:

1. Existen 3 áreas, perfectamente delimitadas, cada una con su sistema de valor particular, estas son: actividad asistencial, docencia e investigación.
2. El Instituto realiza en lo asistencial y se posiciona en actividades de Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos del paciente oncológico. No realiza labores de promoción, protección y prevención, actividades delegadas en la atención primaria por la subsecretaría de salud pública.
3. Respecto de las actividades docentes existen convenios con varias universidades para la formación de profesionales en la especialidad oncológica y con centros técnicos para los mismos objetivos.
4. En relación con la investigación existen estudios clínicos financiados por la industria y fondos estatales, donde el INC funciona como centro de investigación para trabajos nacionales e internacionales.

Respecto del valor generado para el cliente, nuevamente la norma y la nueva institucionalidad de la reforma son claras. Por lo tanto, los aspectos que siguen siendo relevantes son: el acceso, la protección financiera, la oportunidad y la calidad de las prestaciones sobre las cuales se ejerce este derecho.

5.2 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

El desarrollo de la estrategia continúa con la revisión de la misión, visión y valores institucionales.

Misión

“Somos un centro asistencial, docente e investigador que entrega una atención de excelencia – humana, profesional y tecnológica al paciente, su familia a y la comunidad, respaldado en la calidad de nuestros personal y su mejoramiento continuo e integral. Contribuimos al fortalecimiento de la red oncológica nacional y a la formulación de las políticas de salud relacionadas con el cáncer”

Visión

**“Liderar procesos
que nos permitan
reducir el cáncer en
Chile”**

Valores Institucionales

Excelencia

Humanidad

Confianza

Ética

Respeto

Lealtad

Liderazgo

Compromiso

Solidaridad

Equidad

ANÁLISIS FODA

A continuación se analiza en qué situación se encuentra la institución.

Es preciso visualizar cuáles son los factores externos e internos que, por un lado, facilitarían o ayudarían en el cumplimiento de la Misión y Visión nuevas y, por otro, cuáles dificultarían o harían más difícil lograrlas; de modo de potenciar aquéllas y disminuir éstas.

Para lograr lo anterior, se procedió a realizar un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Institución (Análisis FODA).

En la ilustración siguiente se muestra el resultado de dicho análisis.

Ilustración 5: Análisis FODA del INC



5.3 PLANIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Habiéndose definido la Misión y la Visión, es preciso identificar los objetivos estratégicos necesarios para cumplir lo anterior.

Para ello, en primer término, debe elaborarse el Mapa Estratégico del Instituto, pues él permite desarrollar los objetivos estratégicos, identificar las acciones estratégicas y seleccionar los indicadores y metas asociados, así como asignar las responsabilidades de liderar la ejecución de la estrategia.

MAPA ESTRATÉGICO DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

Existen en el Instituto tres sistemas de valor o pilares en que se cimienta su actividad: a) Docencia, b) Investigación y c) Asistencial.

De ellos, la actividad Asistencial es la más desarrollada actualmente en el establecimiento.

No obstante, para cumplir la Misión y Visión es preciso relevar la Docencia y la Investigación.

Ahora bien, para elaborar el Mapa Estratégico se han considerado cinco dimensiones, a saber, el valor al paciente, costo y eficiencia, sostenibilidad, procesos y recursos.

1.- Valor al paciente: Qué es lo que el Instituto le entrega al paciente por el hecho de atenderse en este establecimiento.

En el INC la atención se realiza a través de un tratamiento integral oncológico, en donde importa, además de otorgar la prestación necesaria para la patología, el seguimiento de ella a través del ciclo vital del paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta y, cuando ello no es posible, a través del otorgamiento de cuidados paliativos y del dolor. Asimismo, existe una preocupación por el entorno del paciente, esto es, la familia que debe también ser capaz de ayudar en la mejora, rehabilitación o recuperación del enfermo. Todo lo anterior enmarcado en un ambiente de buen trato al usuario.

2.- Costo y eficiencia: para asegurar el valor al paciente, una dimensión clave es determinar los costos del tratamiento que se le otorga y controlarlos. Para esto, resulta fundamental contar con protocolos de atención previamente definidos.

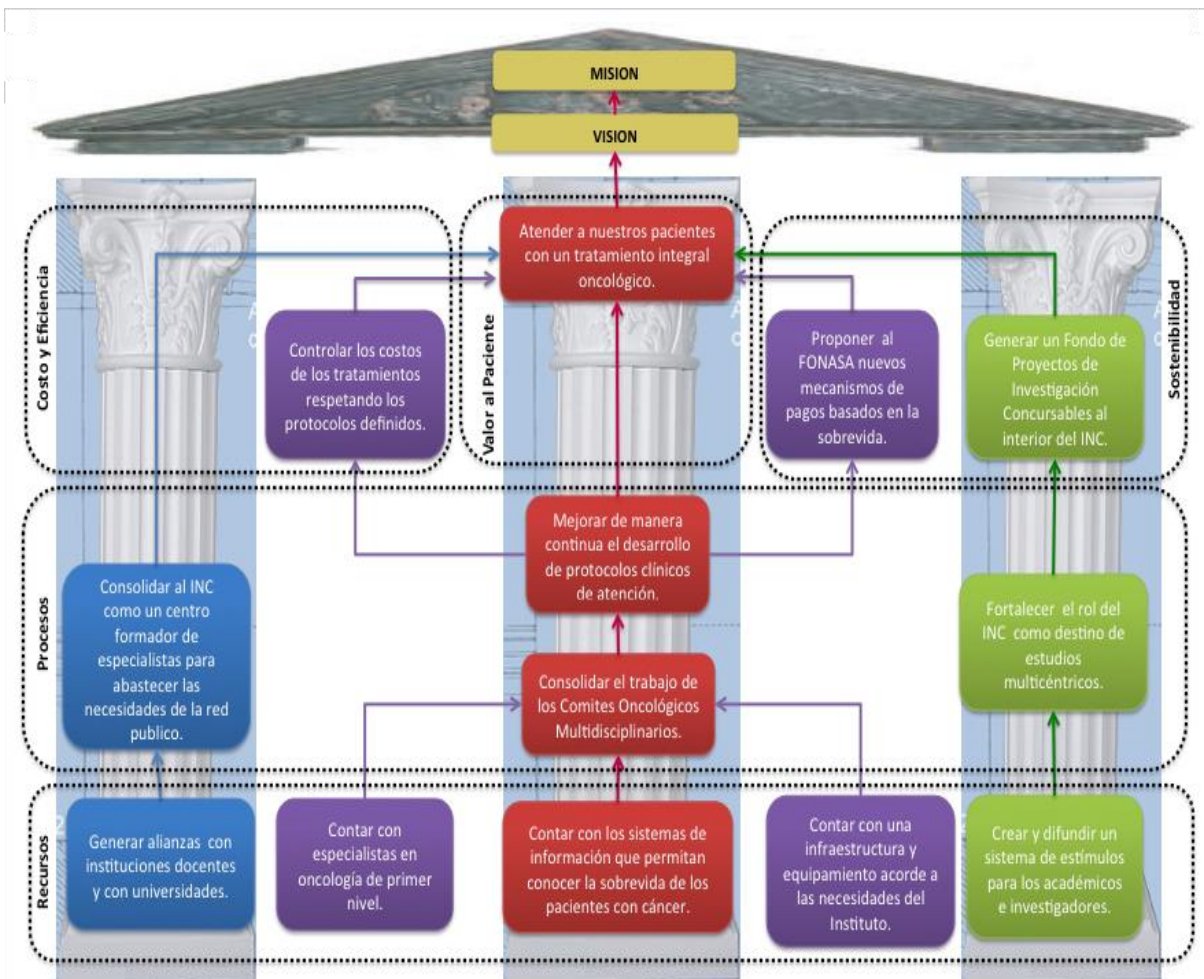
3.- Sostenibilidad: muy unido con la dimensión precedente, es aquella que permite al establecimiento allegar nuevos recursos que le den seguridad de que el eventual mayor costo que implique la atención integral oncológica al paciente sea solventada de modo suficiente. En este sentido, es preciso redefinir la relación con los seguros, especialmente con Fonasa, de modo que se implementen nuevos mecanismos de pago.

4.- Procesos: entre los procesos claves para lograr la misión del INC es posible identificar aquellos relacionados con la formación de especialistas, el desarrollo y mejora continua de los protocolos de atención, perfeccionar el funcionamiento de los comités oncológicos y fortalecer su rol de destino de estudios multicéntricos.

5.- Recursos: Se hace necesario generar alianzas con centros formadores en materia docente, contar con especialistas de primer nivel, crear y difundir sistemas de estímulos para los docentes e investigadores, tener infraestructura y equipamiento que sea acorde con las necesidades del Instituto y disponer de sistemas de información que permitan conocer la sobrevida de los pacientes atendidos.

En la Ilustración siguiente se grafica el Mapa Estratégico del Instituto Nacional del Cáncer

Ilustración 27: Mapa Estratégico



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ESTRATEGIAS 2016 - 2018

A partir del Mapa Estratégico, se obtienen los siguientes Objetivos y sus respectivas Estrategias:

Objetivo Estratégico 1: Atender a nuestros pacientes con un tratamiento integral oncológico que aumente su sobrevida

Tres son las Estrategias que permiten lograr este primer objetivo:

1. Asegurar tratamiento integral continuo

Para cumplir con esta estrategia, es preciso desarrollar las siguientes actividades:

- a) Disponer de una versión mejorada de la historia clínica del paciente, que sea completa, legible, con registros eficientes y que incorpore información que permita evaluar la sobrevida del paciente.
- b) Formación de equipos multidisciplinarios.
- c) Diseño e implementación de un Plan de Contingencia que asegure la atención integral oncológica de manera continua para el usuario.

2. Consolidar el trabajo de los comités oncológicos multidisciplinarios

Para cumplir con esta estrategia es preciso desarrollar las siguientes actividades:

- a) El Comité es una de las vías obligatorias de ingreso a todo paciente del INC. Se considera también como válida la participación de médicos del INC en otros comités de hospitales y por vía de telemedicina.
- b) Formalizar informe desde comité a centro derivador de cada paciente.
- c) Habilitar espacio para informar decisiones de comité en forma privada al paciente.

3. Desarrollar un programa integral de seguimiento que permita medir la sobrevida

Para cumplir con esta estrategia es preciso desarrollar las siguientes actividades:

- a) Crear programa centralizado de seguimiento asintomático.
- b) que el programa pesquise y proponga soluciones a los problemas que retardan la reinserción del paciente.

Objetivo Estratégico 2: Mantener sistemas de información que permitan conocer la sobrevida de los pacientes con cáncer.

Cuatro son las estrategias para lograr este segundo objetivo:

- 1. Potenciar sistema de registro.
 - a) Instalación de sistema.

- 2. Fortalecer el equipo de Registro Hospitalario.
 - a) Determinar la brecha

- 3. Apoyo de capacitación en Registro Hospitalario.
 - a) Capacitar a funcionarios en Registro Hospitalario.

4. Compra de software especializado para sobrevida (STATA).
- a) Gestionar recursos

Objetivo Estratégico 3: Consolidar al INC como centro formador de especialistas médicos y no médicos en oncología

Tres son las estrategias para lograr este tercer objetivo:

1. Contar en el INC con especialistas en oncología de primer nivel:
 - a) Definir cartera de servicios y nivel de complejidad futuro.
 - b) Definir las especialidades requeridas para ejecutar la cartera de servicios
 - c) Fortalecer las competencias de las especialidades existentes.
 - d) Incorporación de especialistas según brecha
 - e) Generar incentivos para la retención de especialistas.

2. Colaborar en la formación de especialistas para cubrir las necesidades de la red pública.
 - a) Mantener un diagnóstico actualizado de la capacidad formadora del INC y ponerla a disposición de la red pública a través de programas de formación.

3. Generar alianzas instituciones internacionales del área oncológica
 - a) Establecer convenios de cooperación mutua.

Objetivo Estratégico 4: Promover la investigación en el área oncológica.

La estrategia para que se cumpla este cuarto objetivo:

1. Fortalecer el rol del INC como destino de estudios clínicos
 - a) Contar con lugar físico adecuado para desarrollar la investigación.
 - b) Definir la estructura de financiamiento de la investigación en el Instituto Nacional del Cáncer

Objetivo Estratégico 5: Mejorar el control de costos y la sostenibilidad financiera del INC.

Dos son las estrategias para cumplir este objetivo:

1. Controlar los costos de los tratamientos respetando los protocolos definidos.
 - a) Elaboración, difusión y seguimiento de los protocolos.
 - b) Ajustar arsenales de insumos, fármacos y recursos humanos a los protocolos vigentes.

2. Presentar al FONASA la valorización a costo real de canastas GES y PPV vigentes y nuevas canastas:
 - a) Determinar el margen de contribución o pérdida de los GES y Complejas (PPV).
 - b) Presentación al FONASA de nuevas canastas oncológicas valorizadas.

Objetivo Estratégico 6: *Contar con una nueva infraestructura y equipamiento acorde a las necesidades del Instituto, sus pacientes y el país.*

Una es la estrategia para lograr este último objetivo:

1. Contar con proyecto de reposición del INC.
 - a) Elaborar el estudio de preinversión hospitalaria, el anteproyecto y diseño para lograr la ejecución.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Gestión de los Procesos Clínicos y de Apoyo y Plan de Gestión Clínica y Administrativa

1. Será política de la Institución mantener actualizados los Manuales de Organización y funciones (organigramas) Cuadro de Mando Integral y Operativo, cada un año, en base a las carteras de prestaciones.
2. Será política de la Institución actualizar los flujos de atención en base al modelo de procesos DIGERA, que se encuentra constituido como indicador en el ámbito de Gestión Clínica en el Instrumento de Evaluación de los Establecimientos Auto gestionados en Red.
3. Será política de la Institución la revisión permanente de los procesos de atención de los C. de Responsabilidad y Unidades de Apoyo, relacionados con el 3er Ámbito de Gestión Clínica considerados en el Manual de Estándar General de Acreditación para prestadores Institucionales de Atención Cerrada. (GCL -1, GCL -2, GCL -3).
4. Será política de la Institución mantener una cartera de servicios acorde con el grado de complejidad técnica y especialidades determinadas por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte en concordancia con los beneficiarios de la RED, a

través de la estandarización de procesos productivos intermedios y finales. Esta cartera será actualizada, al menos, cada tres años.

5. Actualizar los procesos críticos camas básicas, camas críticas y pabellones Quirúrgicos y Atención ambulatoria anual detectando brechas e implementando planes de mejora.
6. Será política de la Institución determinar a través de los Jefes de Centros de Responsabilidad en conjunto con la Unidad de Control de Gestión optimizar el nivel de productividad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones efectuadas en el establecimiento, documentadas a través de Compromisos de Gestión de cada Centro de Responsabilidad.
7. Será política de la Institución realizar reuniones de Consejo Técnico donde participen integrantes del equipo directivo de la Dirección y los Jefes de Centro de Responsabilidad para mejorar la coordinación y cooperación entre las distintas Unidades y Servicios Clínicos.
8. Será política de la Institución tomar decisiones para una mejor utilización de la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos de la Institución, a través de las Distintas Subdirecciones del Hospital, la Unidad de Recursos Humanos y los distintos Jefes de Centros de Responsabilidad.
9. Dentro del desarrollo de la Política Financiero Contable y Presupuestaria Institucional se definen criterios rectores en la administración de recurso (punto 2, “Bienes y Servicios de Consumo”), que apoyan la gestión de los procesos clínicos y de apoyo.

Política y Plan de Acción de Mejoramiento de los Índices de Satisfacción Usuaría

En el contexto de la reforma de salud, y en el marco de la modernización de la Gestión Pública, el área atención de usuario, impulsada por el Gobierno, que incentiva la participación ciudadana como aspecto importante de un sistema democrático, pretende que tanto los derechos como los deberes institucionales sean realmente ejercidos y reconocidos.

Como una condición para lograrlo se requiere del sector público espacios que acojan estas preocupaciones y propuestas de la ciudadanía brindando información de acuerdo a las necesidades.

La iniciativa se basa en principios orientadores tales como:

- Buen trato
- Transparencia en la gestión
- Igualdad de oportunidades para la participación
- La diversidad de las organizaciones de la sociedad civil
- La orientación al ciudadano

El desarrollo de instancias para la participación entre la institución de salud y la comunidad a la cual sirve se considera un signo de madurez. Finalmente se espera que ambas instancias evolucionen de la sola entrega de información de una parte y del planteamiento de quejas por el otro, a un intercambio de información que conduzca al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, procesos y de la atención.

Componentes de la estructura de la Gestión de Satisfacción Usuaría

1. O.I.R.S.

Son unidades administrativas que deben contribuir a facilitar la atención de toda persona que realice gestiones en las entidades públicas, ya sea en el ejercicio de sus derechos ciudadanos o en cumplimiento de sus deberes, orientándola, informándola y atendiendo sus reclamos y sugerencias, con el propósito de que reciba los servicios que prestan las instituciones en las mejores condiciones de eficiencia y oportunidad.(D.S. N° 680 de 1990)

A través de esta instancia se facilitará:

- La entrega de información y recepción de consultas.
- La orientación y apoyo al usuario.
- La entrega de material informativo y educativo.
- La recepción y respuesta de reclamos.
- La recepción y gestión de Solicitudes Ciudadanas
- La recepción y gestión de Solicitudes Ley N° 20.285 de Transparencia y Sobre Acceso a la Información
- El monitoreo de la actividad.

2. Unidad de Auditoría

La Auditoría de Gestión como elemento integrador de autocontrol y diagnóstico continuo puede definirse como «un proceso sistemático que se realiza para evaluar el grado de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos previstos por la organización y con los que se han manejado los recursos.

Esta Unidad debe orientar su quehacer a:

- Evaluar los objetivos y planes organizacionales.
- Vigilar la existencia de políticas adecuadas y su cumplimiento.
- Comprobar la confiabilidad de la información y de los controles.
- Verificar la existencia de métodos adecuados de operación.
- Comprobar la correcta utilización de los recursos.

3. Gestión del Cuidado y Oficina de Calidad

Unidad encargada de la supervisión permanente del funcionamiento óptimo de los procesos.

Funciones:

- Supervisión periódica de los procesos asistenciales de toda la Institución.
- Alertar a la unidad en donde se encuentra la anomalía.
- Buscar medidas correctivas que corrijan los errores encontrados.
- Evaluar al cabo de un período preestablecido, nuevamente el funcionamiento del proceso.

4. Unidad de Control de Gestión

Unidad encargada de evaluar en forma permanente el funcionamiento de los procesos, con la finalidad de detectar anomalías, para poder aplicar la corrección a tiempo, evitando así la generación de dificultades que entorpezcan la satisfacción final del usuario.

Esta unidad facilitará:

- Levantamiento de información útil, a través de la OIRS que pueda ser transformada en futuros proyectos a desarrollar en la institución.
- Corrección inmediata de detección de anomalías.
- Monitoreo de los compromisos de gestión institucional.

Componentes Estratégicos

1. Política de Levantamiento de Información.

Disponer de procedimiento para la gestión de Solicitudes Ciudadanas (reclamos, sugerencias, solicitudes, denuncias y felicitaciones).

Este instrumento permitirá obtener información precisa de las necesidades de nuestros usuarios. Esto facilitará la obtención de información relevante respecto de deficiencias, abusos u omisiones de que hayan sido objeto nuestros usuarios, como también se acogerán aquellas observaciones que signifiquen una mejoría para el funcionamiento de la institución.

2. Aplicación de encuestas.

- Herramienta básica para rescatar la opinión de nuestros usuarios, se aplica tanto a usuarios internos como externos.
- Se abordaran ámbitos como Satisfacción Usuaría, tanto en atención abierta como atención cerrada, así como también medición de los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Desarrollo de Focus-Group
Esta herramienta se aplica como complemento de las anteriores, la cual nos permite profundizar en la detección de necesidades no resueltas. Se seleccionan una muestra representativa de pacientes que represente a la totalidad del universo atendido.

3. Implementación de un Consejo Consultivo

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 distinto niveles de usuarios entre los que se encuentran:

- Representantes del personal.
- Representantes de la Dirección.
- Representantes de las OIRS.
- Representantes de la comunidad organizada.

4. Implementación de un Comité de Gestión Usuaría (CGU)

Esta instancia de participación, coordinación, evaluación y análisis que asesora a la dirección del establecimiento en lo relativo a las solicitudes ciudadanas recepcionadas, respuestas entregadas a los usuarios y gestión de la satisfacción usuaria, coordinando y aportando los antecedentes necesarios para la resolución eficiente y oportuna de las áreas deficitarias, contribuyendo además a la formulación de planes de mejora a nivel de cada establecimiento que permitan una mejor calidad de la atención y una mejora en la satisfacción usuaria.

Deberá estar constituidos por representantes de los equipos de salud y miembros de la comunidad, favoreciendo un espacio de interacción capaz de identificar problemas y necesidades, establecer prioridades en la gestión de los establecimientos, elaborar propuestas, contribuir a la toma de decisiones y evaluar el cumplimiento de lo planteado.

En estas instancias se debe dar cabida a la participación de distinto niveles de usuarios entre los que se encuentran:

- Director(a) Establecimiento
- Subdirector (a) (en casos que sea pertinente)
- Encargado(a) OIRS
- Operador(a) OIRS
- Encargado(a) SOME
- Representantes de Unidades o Jefes de Servicio
- Representantes Gremiales
- Representantes Consejo Desarrollo y/o consultivo
- Otros funcionarios y/o representantes que el Director considere pertinente.

Componentes de Gestión y Mejoramiento

1. Comité de Calidad

Instancia en la que se discutirán aspectos relativos al mejoramiento continuo de las prácticas laborales y desarrollo institucional.

2. Desarrollo E.P.S.

La Educación Permanente en Salud nos permite aplicar una metodología en la cual participa cada unidad como un colectivo. Este colectivo guiado por un facilitador, desarrolla proyectos a partir de la elección del problema, que resulta ser, el que la mayoría del grupo determina, como el más prioritario, viable y de mayor impacto.

3. Capacitación

Esta Unidad debe velar por proporcionar herramientas de formación técnica y profesional que permitan el desarrollo gradual de las capacidades individuales de los funcionarios, para ser aplicadas en sus actividades diarias.

Esta herramienta facilitará el mejoramiento continuo del personal.

La capacitación deberá estimular el cambio permanente y progresivo.

Política y Plan de Acción de Recursos Humanos y Capacitación

Declaración de Principios

Debido a la necesidad de implementar lineamientos institucionales que permiten orientar y apoyar a los (as) funcionarios (as) en materia de Recursos Humanos, el presente documento aborda de manera integral, una propuesta metodológica de implementación de Políticas de Recursos Humanos, que comprenden directrices que constituyen una base sana de gestión hacia las personas que forman parte del Instituto Nacional del Cáncer, las que se basan en nuestra Misión y Valores, junto con los lineamientos entregados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Ministerio de Salud. Teniendo como objetivo la orientación a nuestros pacientes, como establecimiento público de salud, y de manera conjunta enriquecer ámbitos laborales, para nuestros funcionario (as), tan diversos como los procesos, las relaciones humanas y la cultura organizacional, por lo que, deberán ser flexibles y dinámicas y adaptarse a diversas situaciones.

En este contexto, dichas políticas buscan el equilibrio entre los derechos y deberes del personal y los de la Institución, por lo que, deberán ser respetadas en cualquier circunstancia por cada uno/a de los/as integrantes del INCANCER, que ocupan una función en esta Institución, independiente de su condición contractual.

Se reconoce al Recurso Humano como el capital fundamental dentro del Instituto, que dispone de características y talentos que deben estar al servicio de la Misión Institucional. Siendo una institución en permanentes cambios y desafíos, los cuales proponen un mejoramiento continuo, debemos disponer de personal comprometido, responsable, con una clara orientación y mística de servicio público, motivado por su trabajo y con un claro sentido de pertenencia a una institución que debe dar respuesta a una función social que le es inherente.

A la vez, se reconoce la función de recursos humanos como función compartida en que se diferencian niveles tales como:

- Responsables máximos toman decisiones y diseñan políticas y estrategias más adecuadas.
- Actividades y procesos ligados a la administración y gestión de recursos, desempeñadas por las unidades especializadas en materia de recursos humanos.
- Nivel más amplio en que se reconoce que el factor humano está presente en todas las partes de la organización, por tanto existe un nivel de responsabilidad de quienes realizan gestión directa sobre el personal, siendo responsables de la generación de un buen clima de trabajo y de la aplicación de políticas relacionadas.

Ejes Estratégicos para la Gestión del Recurso Humano.

- Eje de Desempeño, rendimiento, eficiencia y eficacia.
- Eje de Innovación, flexibilidad de procesos y orientación a competencias.
- Eje de Equidad, Integración y Participación del Recurso Humano.
- Eje de Integralidad, aspectos psicosociales, salud, prevención y trato.

Política de Reclutamiento, Selección e Incorporación.

1. Condiciones de reclutamiento y cobertura de necesidades:

Se contratará a personal en las siguientes situaciones:

- Requerimiento por vacancia de cargo, autorizado por jefatura superior de la Institución.
- Suplencia o reemplazos en caso de necesidades justificadas en unidades críticas asistenciales o de riesgo en la gestión, tendiendo a orientar la suplencia a periodos mayores de 15 días. Tendiendo en la medida de lo posible, respetar la paridad del cargo entre reemplazo y reemplazado, según estamento, cargo por cargo, salvo situaciones debidamente clasificadas como excepcionales.
- Por generación de puesto por necesidad emanada de implementación de proyecto nuevo, justificado y respaldado por quien corresponda.

2. Modalidad contractual:

- El Instituto dispone de la condición de dotación Institucional (pública), autorizada por la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en la cual se reconoce una dotación de cargos Titulares y Contratados. Esta dotación debido al transcurso del tiempo y el nivel de desarrollo que ha alcanzado el Instituto, se ha hecho insuficiente.
- Se entiende el ingreso vía contratos a honorarios como una situación temporal o puerta de entrada, que en la medida de que se dispongan de nuevos cargos institucionales, esta situación podrá ser regularizada, según prioridades institucionales y características de los cargos puestos a disposición, utilizándose

criterios de prioridad para el traspaso, la antigüedad, nivel de competencias de desempeño y prioridad técnica.

3. Admisión de personas acorde a las necesidades y perfiles de competencias requeridos:
 - Sistema de Reclutamiento unificado, independiente de la modalidad contractual, centralizado en la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
 - Procesos de selección de personas, estandarizado, basado en definición de perfil de cargo y requerimiento de competencias e implementación de proceso de selección que cuente con a lo menos tres candidatos. A excepción de situaciones emergentes y de carácter transitorias, en las cuales se deberá asegurar un proceso abreviado de selección.

4. Determinación de nivel de remuneraciones según escala unificada de Sueldos y determinación de niveles de competencias:
 - Línea basal Escala Única de Sueldos.
 - Grados o equivalencia según nivel de competencia, criticidad y responsabilidad asociada.
 - Tender al equilibrio según los cargos homólogos.

5. Inducción Institucional y laboral:
 - Proceso de inducción Institucional a cargo de Calidad de Vida perteneciente a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, lo cual se realizara al momento del ingreso.
 - Programación de pasantías internas requeridas para el puesto de trabajo, coordinado y bajo supervisión de la unidad en la cual se insertará.
 - Información derechos y deberes, políticas generales y de comportamiento.
 - Inducción laboral específica a cargo de la Unidad de desempeño, que provea de las condiciones mínimas para el desempeño de sus funciones, incluyendo las condiciones de desempeño y de prevención de riesgos laborales.

Política sobre la Gestión y Aplicación sobre las Personas

Basada en una visión de una Institución en constante cambio y transición.

1. Diseño de cargos:
 - Basado en competencias, habilidades más allá de las funciones técnicas a desarrollar, enfocado a un conjunto de requerimientos personales según el puesto de trabajo a ocupar.

2. Adaptabilidad de Estructura Organizacional y de Recursos Humanos:
 - Rediseño y ajustes acordes a la identidad y necesidades de adaptabilidad de la gestión y perfeccionamiento que se requiera.

- Estructura de cargos flexibles, según estructura organizacional necesaria.
 - Disponibilidad de Perfiles de Cargos según niveles de competencias requeridos concordantes con el nivel de desarrollo y organización de la Institución.
3. Evaluación de Desempeño:
- Tender en forma progresiva al mejoramiento del sistema de calificaciones y a la implementación de sistemas de evaluación orientados hacia la Evaluación de pares y Evaluación ascendente.
 - Seguimiento de incorporaciones laborales, del comportamiento y adaptabilidad laboral (Tutores).

Política de Compensación sobre las Personas

- Tender al diseño de sistemas de incentivo al buen desempeño colectivo, pecuniario y no pecuniario.
- Tender a la existencia de Sistemas de potenciación de los talentos Internos, identificación, reubicación de puesto de trabajo y responsabilidades.
- Generación de instancias de mejoría de ambiente laboral.
- Sala cuna
- Jardín Infantil
- Programas internos de Ayuda Social, atención de salud funcionarios y de apoyo catastrófico.
- Seguimiento y acompañamiento funcionario (situaciones especiales).

Política de Mantenimiento sobre las Personas

- Disciplina Laboral acorde a los marcos legales disponibles, con sistemas de regulación equitativos y seguimiento de cumplimiento, orientado hacia la Autodisciplina.
- Sistema de Higiene y seguridad en el trabajo, desde la prevención, manejo y monitoreo del comportamiento laboral.
- Desarrollo de sistemas y programas orientados al cuidado de la salud laboral, preventiva y con seguimiento, hacerse cargo de los problemas antes que estos existan.
- Estimular la permanencia funcionaria centrada en la adquisición progresiva de experiencia y de experticia funcionaria ligado a adquisición de habilidades y competencias
- Cuidado de las personas desde que entran, hasta que se van de la institución, programas de desarrollo personal, preparación para el retiro, etc).
- Calidad de vida laboral, colaborar en el desarrollo de satisfactores, condiciones y actividades estimulantes orientados a mejorar la satisfacción y medio ambiente laboral.

- Como parte de la política de mantención sobre las personas, adquiere gran relevancia en el Instituto Nacional del Cáncer, dado el ámbito propio de atención, el cuidado sobre las personas que trabajan en ella, de allí que se declara el establecimiento como una institución Libre de Humo y Tabaco, quedando prohibido el fumar en los espacios de trabajo.
- Se declara la preocupación sobre la salud de las personas en el ámbito alimentario, asegurándose proporcionar a las personas que trabajan en ella, una alimentación saludable y equilibrada, permanentemente supervisada por la Unidad de nutrición del establecimiento.
- Se considera de gran relevancia la generación de espacios de distensión o esparcimiento dentro de la jornada laboral, que permitan la relajación y prevención de problemas, tensionales y osteo- musculares.
- Existirá la preocupación por generar instancias regulares de carácter anual de encuentro entre y con los trabajadores, con el propósito de revitalizar el ánimo institucional y mantener el espíritu de comunidad hospitalaria.

Política de Gestión de Comportamiento Laboral

Se establece como prioridad el disponer de sistemas de información integrados y amigables que satisfagan el mayor número de requerimientos de información para la gestión en el ámbito de RR.HH y su comportamiento, para ello se requiere:

1. Manejar sistemas de información que permitan el monitoreo integrado y amigable:
 - Procesos administrativos de responsabilidad directa, 100% informatizados.
 - Bases de datos relacionales.
 - Manejo vía web de información funcionaria y de gestión.

2. Información de dotación y su comportamiento:
 - Variaciones, Cambios, Rotaciones.
 - Identificación de Unidades problemas.
 - Brechas de dotación.

3. Disponer de sistemas de información gerencial, que permitan el monitoreo del comportamiento del Recurso Humano en la Institución:
 - Comportamiento del Gasto.
 - Niveles de Ausentismo.
 - Rotación; recambios.
 - Niveles de competencias.
 - Desarrollo de carrera, identificación de talentos y capacidades internas.

Política De Desarrollo Sobre Las Personas

1. La Calidad de Vida Laboral es una preocupación que deberá integrarse en forma progresiva a los programas de trabajo de la Institución.
 - Determinación permanente de la calidad de vida laboral, clima y motivación, detección de puntos críticos.
 - Potenciar la preocupación permanente de las Relaciones Internas, trato y adecuación de equipos y liderazgo ejercido.
 - Procesos de intervención, interno, en equipos y con personas, establecer un sistema preventivo y de vigilancia de problemas organizacionales y grupales.
 - Planes de Desarrollo organizacional que actúen sobre la organización y las personas, orientados al desarrollo de equipos; de las relaciones internas y liderazgo.
 - Se establece como política la búsqueda del buen trato, orientándose hacia la identificación de un código de buenas prácticas laborales en el Instituto Nacional del Cáncer.

2. Capacitación funcionaria puesta al servicio del desarrollo de las personas y de la Institución.

Se entiende a la capacitación como instrumento orientado a la promoción del desarrollo integral de las personas que trabajan en la institución y a la búsqueda del mejoramiento continuo en el desempeño laboral.

Para ello:

- Se estimulará la formación del Recurso Humano en forma equitativa, regulada y permanente, ligado a capacitación o entrenamientos específicos.
- La capacitación o entrenamientos específicos deberán estar orientadas a obtener la multifuncionalidad y la reconversión de habilidades según las necesidades del Servicio y las capacidades individuales.
- Se deberá garantizar la participación de los (as) funcionarios (as) en actividades de capacitación en número de horas requeridas para dar cumplimiento a las metas de desempeño, para obtener las máximas puntuaciones en los distintos procesos de acreditación.
- Se estimulará el desarrollo de habilidades y competencias en relación a:
 - Necesidades institucionales.
 - Desafíos estratégicos o de desarrollo.
 - Programas anuales contra detección de habilidades necesarias.
 - Disponibilidad de recursos.
- La capacitación deberá estimular el cambio permanente y progresivo.
- Se dispondrá de Programas anuales de capacitación.
- El programa de capacitación anual deberá dar respuestas a las necesidades emergentes de las implementaciones asociadas a la Ley de Autoridad Sanitaria.
- El programa de capacitación del establecimiento en su organización y colaboración en implementación deberá contar con el soporte de una estructura

que asegure la participación funcionaria, por medio de un Comité Bipartito de amplia representación.

Adquisición de Habilidades y Competencias

Desarrollo de competencias para el perfeccionamiento en la gestión y la multifuncionalidad.

A nivel Profesional es deseable la estimulación de la adquisición de habilidades de gestión ligada a:

- Pensamiento analítico y reflexivo.
- Desempeño de alto nivel.
- Conducción de equipos de trabajo.
- Ejercicio de liderazgo efectivo, tendiendo al desarrollo de relaciones participativas- persuasivas.
- Ejercicio de liderazgo transformacional adaptativos a las características de los componentes de los equipos de trabajo y los desafíos a enfrentar.
- Manejo de conflictos y resolución de ellos.
- Negociación efectiva.
- Habilidad comunicacional.

Política de Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional

La política en materia de Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional del Instituto Nacional del Cáncer, releva la importancia y responsabilidad en esta materia en la Institución, que se sustentará en una práctica de participación desde la Dirección del establecimiento orientada a asegurar el funcionamiento efectivo del Comité Paritario Integrado, a un posicionamiento de las jefaturas en el cuidado y protección de la salud del personal a su cargo, y en la promoción de acciones que conduzcan a mejorar las condiciones ambientales del trabajador, como en el cumplimiento de las normativas preventivas dispuestas en cada lugar de trabajo.

Se dará un realce a las condiciones para el desempeño laboral, lo que lleva a la institución a:

- Disponer de un reglamento interno de Higiene y seguridad actualizado.
- Determinar, controlar y regular las fuentes de riesgo laboral.
- Detectar las fuentes de mayor riesgo potencial.
- Establecer planes de seguridad en el trabajo.
- Establecer sistema de cuidado de la salud de los trabajadores.

Política de participación y relación laboral

Se reconoce la necesidad de desarrollar líneas de trabajo y funciones que se preocupen de las relaciones laborales que se orienten a:

- Estimular las relaciones armónicas entre autoridad y representantes gremiales, mediante la relación abierta, directa con autoridad, organizada en el establecimiento de instancias formales y periódicas de reunión.
- Fomento de la integración y Participación en todas las instancias establecidas de los representantes de trabajadores y asociaciones gremiales.
- Establecer la disciplina de marcos de relación de acuerdos y negociación.

Se establece la necesidad de mejorar los mecanismos y formas relacionales en los equipos de trabajo a través del Fortalecimiento de los equipos, en el cual se pueda establecer las bases de relación entre sus miembros que tienda a:

- Aprendizaje hacia la horizontalidad de las relaciones de trabajo, disminuyendo las brechas relacionales y clasistas.
- Ejercicio de la participación conducida hacia el logro de metas y objetivos propuestos y la autoevaluación del desempeño.
- Aprender a escuchar las opiniones de los otros.
- Establecimiento de confianzas, respeto y compromisos entre sus miembros.
- Recuperación de espacios de relación entre individuos por sobre su función.

Política Ámbito Recursos Humanos

Se revisa política institucional con respecto a suplencias y reemplazos, estableciendo la necesidad de complementar la política establecida con respecto a suplencias y reemplazos en las siguientes condiciones:

Se autorizará Suplencias o Reemplazos asegurando la correlación funcional de los cargos entre reemplazo y respaldo del reemplazo.

No se aceptara el reemplazo con distorsión funcional, es decir, ocupación el espacio de ausencia laboral de un cargo para cubrir requerimientos de otras funciones.

Se aceptara la posibilidad de distorsión de correlativos de cargos entre reemplazo y respaldo, siempre y cuando sean de la misma línea funcional y nivel de competencias, es decir que cuenta con la formación y /o experiencia que permita suplir al reemplazado en las mismas funciones.

Jornada laboral:

Es aquella que debe cumplir el personal según los intereses y objetivos institucionales. Para ello el jefe de servicio/unidad debe indicar los horarios ingresos y salida semanal que debe efectuar cada funcionario/a, su cumplimiento será controlado de manera formal a través del reloj control u otros mecanismos definidos por el instituto.

Con todo, la responsabilidad de controlar el cumplimiento de la jornada de trabajo al interior de cada servicio o unidad, es de la jefatura directa, así como la obligación de gestionar oportunamente cualquier modificación de la misma bajo argumentos fundados.

Trabajos extraordinarios:

Son aquellos trabajos autorizados por la jefatura directa, que se realizan a continuación de la jornada ordinaria de trabajo, de noche o en días sábados, domingos y festivos ineludibles para la institución. Por regla general, estos se compensan con descanso complementario, pero dependiendo del presupuesto que se disponga se pueden pagar con un recargo en las remuneraciones.

Su requerimiento será efectuado por la jefatura directa, mediante solicitud fundada, en concordancia al plan de trabajo planificado y velando por un equilibrio entre la vida laboral y privada de sus funcionarios/as.

Con todo, las jefaturas deberán propender a mejorar sus herramientas y procesos de trabajo, para que el requerimiento de horas extras sea excepcional.

Política de Planificación y Control de Gestión

El Instituto Nacional del Cáncer cuenta con la siguiente política de Planificación y Control de Gestión en su administración, la cual se basa en los siguientes criterios:

1. Probidad y transparencia en la administración de los recursos, dando cumplimiento a las exigencias que establece la normativa vigente.
2. Visión clínica basada en el perfil epidemiológico de la población objetivo y orientada a impactar positivamente en la resolución de problemas de salud de la población.
3. Eficiencia y eficacia técnico-administrativa, enmarcada en el modelo de gestión que establece la Reforma Sanitaria, centrándose en la óptima administración de los recursos humanos, materiales y financieros.
4. Excelencia, Calidad y Mejoría Continua tanto del quehacer Técnico Asistencial como Administrativo, centrandó al usuario como actor principal del quehacer Institucional.
5. Cumplimiento del Principio de Apoyo a La Gestión que deberá reflejarse en acciones concretas tales como:
 - Desarrollar e implementar un sistema de control de gestión institucional, con una visión de mejoramiento continuo, que permita monitorear y controlar sistemáticamente el funcionamiento global de la institución, así como también de cada Centro de Responsabilidad Clínico, de Apoyo Clínico y de Apoyo Logístico en

funcionamiento en el establecimiento y que considere fundamentalmente los aspectos de producción, calidad y resultados presupuestarios.

- Proporcionar a la Autoridad Superior del Establecimiento, en forma oportuna, confiable y detallada, toda la información que se requiera para apoyar el proceso de toma de decisiones.
- Realizar el seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento del Plan Estratégico Institucional, de los Compromisos de Gestión, de los Convenios de Desempeño establecidos con FONASA, con el MINSAL y con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, así como también de los requisitos establecidos para los Establecimientos Autogestionados en Red.
- Implementar instancias de análisis de los niveles de cumplimiento alcanzados, tanto a nivel de la Alta Dirección, como en conjunto con los equipos de trabajo de los Centros de Responsabilidad, que permitan adoptar medidas correctivas oportunas y que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidas por el establecimiento.
- Definir y proponer a la Autoridad Superior lineamientos de acción concretos para el logro de los objetivos y metas definidos en el Plan Estratégico de largo plazo y del Plan Anual de Actividades.
- Mantener una actitud proactiva frente a los nuevos desafíos de gestión que se presenten, así como de flexibilidad necesaria para adaptarse a la dinámica de un Establecimiento en Desarrollo.

Política y Plan de Acción Financiero-Contable y Presupuestaria

La definición de la Política Financiera del Instituto Nacional del Cáncer tiene como propósito determinar un conjunto de criterios, lineamientos y directrices, que utilizará la institución para regular el sistema financiero interno y canalizar los recursos hacia las actividades productivas

El Instituto Nacional del Cáncer, aplica la siguiente política financiera en la administración de sus recursos, la cual se basa en los siguientes criterios generales:

- Probidad administrativa y transparencia en la administración de los recursos.
- Visión clínica basada en el perfil epidemiológico nacional y orientada a impactar positivamente en la resolución de problemas de salud oncológicos de la población.
- Eficiencia y eficacia técnico-administrativa, enmarcada en el modelo de gestión que establece la Reforma Sanitaria actual.
- La utilización de sistemas de información presupuestaria para la gestión financiera SIGFE.
- La utilización de sistemas de control y monitoreo de presupuesto por centro de responsabilidad.
- Utilización de sistemas de costos, relación producción – costos.
- Equilibrio financiero.

- Oportunidad e integridad de información presupuestaria.

Estos criterios son ejes rectores en la administración de los siguientes recursos:

Ingresos

- Ingresos Propios

Se deberá determinar anualmente la estimación de la cuantía y formas de captación de recursos propios de que se dispondrá para el cumplimiento de las funciones y objetivos de la institución.

Fortalecer y optimizar la generación de ingresos propios, ya sea por la adecuada cobranza de la venta de bienes y servicios que se generen o por aquellos de otra naturaleza, como sucede con la recuperación de licencias médicas que establece la Ley N° 18.768 art. 11.

Se debe enfatizar la recuperación oportuna de los ingresos comprometidos, la incorporación de ingresos adicionales y asegurar el cumplimiento organizacional de los convenios de desempeño que están asociados directamente a la incorporación de recursos en forma directa. Esto permite flexibilizar la estructura de ingresos de manera de permitir su adecuación al desarrollo institucional.

- Transferencias Públicas

Este centro asistencial debe respetar el marco presupuestario.

Será política de ésta Institución monitorear que sus recursos presupuestarios sean recibidos oportuna y correctamente de acuerdo al presupuesto anual.

- Fuentes de Financiamiento Externa

Será política del INC crear y mantener un banco integrado de proyectos, de manera de postular a las distintas fuentes de financiamiento existentes, tanto Públicas como privadas (FNDR, ISAR, ONG, etc).

Gastos

Se definirá una estructura interna, de autoridad reconocida y competente técnicamente, que tendrá como responsabilidad elaborar anualmente el plan de acción respecto al Gasto Institucional.

Serán sus funciones:

De acuerdo a la formulación presupuestaria anual, se deberá canalizar los recursos presupuestarios, inducir y conducir la demanda interna de insumos, medicamentos, consumos básicos, mantención etc., entre los distintos centros de responsabilidad, redistribuir el ingreso de ser necesario para mantener los equilibrios y la eficiencia en la cadena de producción.

Monitorear permanentemente la ejecución del gasto de acuerdo a lo programado y propiciar niveles de desarrollo de la institución de manera equitativa, con el fin de contribuir al logro de los objetivos institucionales.

Recursos Humanos

Fijar techos de gastos y monitorear mensualmente el comportamiento de los gastos en Remuneraciones, (mediante mecanismos de control formal), en particular en aquellos que son gestionables (reemplazos y horas extraordinarias).

Bienes y Servicios de Consumo

Cabe señalar que estos gastos son reflejo del quehacer del ámbito clínico a lo largo de su cadena de producción, es decir son producto del comportamiento de la demanda asistencial y su relación con el cumplimiento de objetivos y metas fijados anualmente por la Dirección del Instituto Nacional del Cáncer.

Es por tanto imprescindible, fijar techos de gastos en aquellos ítemes que concentran el gasto, tales como farmacia, compras de servicios, mantención y reparaciones, entre otros. Se debe implementar mecanismos formales de monitoreo y control mensual, tales como:

- Análisis financieros del comportamiento del gasto, su variación nominal y % mensual, concentración y relación al marco presupuestario asignado.
- Someter a análisis de los comités de farmacia y abastecimiento y de otros si los hubiera, aquellas compras que involucran grandes asignaciones de recursos.
- Mantener una nómina de proveedores priorizada por criticidad y volumen de compra.
- Aplicar criterios de negociación con los proveedores, basados en análisis costo-calidad - beneficio, propendiendo a la celebración de convenios, así como la utilización del portal Chile compras.
- Potenciar la eficiente programación de las compras, ajustándola a criterios técnicos y financieros, las que deben ajustarse al marco presupuestario asignado.
- Utilizar permanentemente estudios de mercado, orientados a la búsqueda de mejores precios y calidad, como también mantener una cartera de proveedores, disminuyendo la dependencia de los proveedores únicos.
- Evaluar a lo menos una vez al año los servicios externos que se contratan, basándose en criterios de costo- calidad.

Inversión

En materia de Inversión se busca lograr un crecimiento y desarrollo con perspectiva. Para ello se definirá anualmente un Plan de Inversiones que contribuya directamente al cumplimiento del Plan de Desarrollo Estratégico, en cuanto a la ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento. Este plan anual deberá contemplar el monto, forma de financiamiento, destino, ritmo de la ejecución de los recursos destinados a la adquisición de bienes muebles e inmuebles, a la ejecución de obras civiles, su

conservación y mantención, modernización y/o ampliación de las mismas y monitoreo de la productividad asociada a cada proyecto.

Deuda

Con el objetivo de mantener el Equilibrio Financiero en el caso que se generara deuda, ésta debe ser controlada y su tendencia es a concentrarla en una antigüedad no superior a 60 días, lo que dependerá de la capacidad de administración eficiente de los recursos, la contención del gasto, la capacidad de abaratamiento de los costos con los proveedores y de la disponibilidad de recursos financieros.

Los criterios para efectuar la programación de los pagos serán los de criticidad y antigüedad de la deuda, así como el cumplimiento de las fechas de pago establecidas en los convenios existentes.

Auditoría Financiera

Efectuar Auditorías Financiero - Contables, con el objetivo de garantizar se cumpla con el principio de legalidad y probidad de los actos de la administración del Estado. Para ello la Unidad de Auditoría del Instituto Nacional del Cáncer, deberá contemplar en su Plan Anual un Programa de Auditorías de esta naturaleza. Dichas auditorías deberán proporcionar un Plan de Mejoras cuando así lo amerite.

Política de Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y Otros Ingresos

El Instituto Nacional del Cáncer, cuenta con la siguiente política de Recaudación de ingresos de operación y otros ingresos en su administración, la cual se basa en los siguientes criterios:

- a. **Probidad y transparencia en la recaudación de los ingresos**, dando cumplimiento a la normativa que establece el marco legal vigente.
- b. **Desarrollar acciones orientadas al cumplimiento de objetivos y metas** de recaudación de ingresos operacionales que establece el Plan Estratégico del Establecimiento, propendiendo a la eficiencia y eficacia técnico-administrativa.
- c. **Disponer de información actualizada** en materia de aranceles y convenios de atención.
- d. **Capacitar permanentemente al personal** que desempeñe la función de recaudación, tanto en materia de normativa como uso de tecnologías de apoyo.
- e. **Cautelar la correcta captación de los ingresos** del Establecimiento por concepto de prestaciones otorgadas.
- f. **Enmarcarse en los conceptos de Excelencia, Calidad y Mejoría Continua** del quehacer administrativo, centrando al usuario como actor principal del quehacer Institucional.
- g. **Respeto y fiel cumplimiento de lo establecido en la carta de derechos del paciente**, de acuerdo a las políticas fijadas por la Autoridad Superior del Sector.

- h. **Cumplimiento del Rol de Apoyo a La Gestión** que deberá reflejarse en acciones concretas dirigidas a fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones, tales como:
- Elaborar informes mensuales de recaudación del Establecimiento.
 - Elaborar informes mensuales de la cartera de la cuenta corriente de los pacientes.
 - Desarrollar las gestiones de cobranza necesarias para la oportuna recuperación de los ingresos.
 - Mantener una actitud proactiva frente a los nuevos desafíos de gestión que se presenten, así como de flexibilidad necesaria para adaptarse a la Dinámica de un Establecimiento en Desarrollo.

Política de Gestión de Recursos Físicos e Inversiones

Las Políticas de Recursos Físicos e Inversión del Instituto Nacional del Cáncer contempla:

- Diseñar el Plan de Inversión Anual en consistencia a los requerimientos que establece el Plan Estratégico de largo plazo.
- Formular proyectos de inversión y mantener actualizado un banco integrado proyectos.
- Postular los proyectos que contenga el Plan de Inversiones a las distintas fuentes de financiamiento que existen, tanto Públicas como Privadas.
- Utilización eficiente de los recursos presupuestarios asignados al Instituto Nacional del Cáncer.
- Ceñirse estrictamente a las normas de probidad administrativa que establece el marco jurídico actual, de manera de fortalecer la transparencia en la utilización de los recursos.
- Resguardar el cumplimiento de todas las normativas técnicas ministeriales, ambientales y de diseño arquitectónico.
- Mantener una comunicación fluida y coordinada con el equipo directivo y técnico, del ámbito de Recursos Físicos y Financieros de la Dirección de Servicio, de manera de generar una relación de cooperación permanente entre ambas instituciones.
- Generar instancias y canales de comunicación con los equipos técnicos de MINSAL, de otros Servicios de Salud y otros establecimientos con el propósito de fortalecer la visión de integración de la red de salud.
- Mantener información actualizada y disponible para apoyar el proceso de toma de decisiones del Equipo Directivo institucional.
- Efectuar informes de ejecución de los proyectos de obras civiles.
- Efectuar las modificaciones que corresponda al Plan de Inversiones, de acuerdo a la dinámica que requiera el Establecimiento, la que deberá enmarcarse en el cumplimiento y logro de objetivos y metas que le fije la Autoridad Sanitaria.
- Gestionar la reestructuración del área operacional y de proyectos, de manera de apoyar y mejorar los procesos técnicos-administrativos existentes, buscando soluciones alternativas como las externalizaciones, las administraciones delegadas, etc.

Política y Plan de Actividades de Auditoría

La Unidad de Auditoría Interna del Instituto Nacional del Cáncer debe contribuir al cumplimiento de la misión institucional, evaluando sistemáticamente el grado de eficiencia y eficacia alcanzados tanto en el logro de los objetivos previstos por la organización como en el manejo de los recursos disponibles, constituyéndose de esta manera en un elemento integrador de autocontrol y diagnóstico continuo para la institución.

Para el cumplimiento de la política de Auditoría Interna son elementos esenciales la independencia y objetividad, a fin de garantizar la calidad y efectividad de las actividades de aseguramiento y asesoría. En consecuencia, para evaluar el grado de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos previstos por la organización y el uso de los recursos aplicados, los planes de esta Unidad se orientan a:

- Asesorar a la Dirección del establecimiento.
- Dar cumplimiento a las funciones y roles establecidos para la Unidad de Auditoría Interna.
- Elaborar y proponer a la autoridad, el plan anual de auditoría.
- Velar por cumplimiento del programa aprobado.
- Realizar auditorías, que para los efectos, le encomiende la Dirección del Establecimiento, Director del Servicio de Salud, el Ministro de Salud y la Presidencia de la República.
- Evaluar permanentemente el cumplimiento de los requisitos establecidos para la obtención de la Calidad de Establecimiento Autogestionado en red.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes y programas organizacionales.
- Evaluar la existencia de métodos adecuados de operación.
- Evaluar el cumplimiento del sistema de control interno establecido. Revisar y evaluar su efectividad, propiedad y aplicación de dichos controles internos.
- Certificar el grado de cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos vigentes.
- Promover la eficiencia operacional.
- Comprobar la correcta utilización de los recursos.
- Comprobar el grado de confiabilidad de la información que produzca la organización.
- Asesorar al Comité de Riesgo en levantamiento de procesos, definición y análisis y tratamiento de riesgos

El Plan de Acción de Auditoría para el periodo 2016 – 2018 contempla la realización de las actividades:

- Auditorías Presidenciales, solicitadas por el Gobierno Central.

- Auditorías Ministeriales, requeridas por el Ministerio de Salud y sus entidades de control.
- Auditorías Gubernamentales, indicadas por el CAIGG.
- Auditorías Financiero – Administrativas.
- Auditorías Clínicas.
- Seguimiento de Planes de Mejora de Auditorías Internas y Externas.
- Asesoría a la Dirección.

Política de Calidad

"El Instituto Nacional del Cáncer considera la Calidad como un elemento estratégico, siendo responsable de ella la Alta Dirección que marcará los objetivos para su implantación".

La misión del Instituto Nacional del Cáncer se centra en prestar una atención de salud integral a los pacientes de los que seamos responsables, desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador, con garantías de acceso y continuidad. Igualmente tiene como misión el cumplimiento adecuado de los compromisos de docencia e investigación adquiridos.

Todos los miembros que la integran, tanto profesionales médicos como de otras áreas de responsabilidad, deben poseer valores entre los que destacan:

- La continua búsqueda de la excelencia
- La orientación hacia la mejora continua de calidad.
- La consideración de la persona como centro de su actividad.
- La continuidad asistencial.
- Y el compromiso con los objetivos del Instituto Nacional del Cáncer, la red asistencial y el sistema de salud.
- La continua búsqueda de la excelencia.
- La orientación hacia la mejora continua de la calidad.
- La consideración de la persona como centro de su actividad.
- La continuidad asistencial.
- El compromiso con los objetivos del Instituto Nacional del Cáncer, la red asistencial y el sistema de salud.

Los lineamientos de esta política se basan en:

- Otorgar atenciones de salud en condiciones seguras para el paciente, a lo largo de todo su proceso de atención en el establecimiento.
- Entregar una atención con un enfoque centrado en las personas.
- Sistema para la gestión asistencial basada en los procesos.
- Lineamientos con las políticas vigentes de calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud.

La Política de Calidad estará fundamentada en el desarrollo y fortalecimiento de los criterios de la Acreditación de los establecimientos de atención Cerrada y tratará de contribuir a un cambio cultural y fomentará la participación, el compromiso y la motivación de todo el equipo de trabajo del establecimiento, así como también el desarrollo de procesos de autoevaluación institucional."

Orientará al Instituto hacia las necesidades de los pacientes y de la red oncológica nacional, a los que identifica como clientes del mismo y considerará a sus funcionarios como clientes internos del sistema.

Objetivos Política de Calidad

El Instituto ha definido los siguientes objetivos claves, para dar cumplimiento a la política de calidad definida:

- Poner al Sistema de Gestión de Calidad como pilar del desarrollo y funcionamiento de la institución, el que será responsabilidad de la Alta Dirección del establecimiento.

Instrumento de Medición:

- Cumplimiento de los programas anuales de trabajo, definidos en el ámbito de la Calidad, para cada Centro de Responsabilidad.
- Cumplimiento con los plazos para la Acreditación de Prestadores.
- Diseñar, implementar y monitorear un sistema de vigilancia de eventos adversos.

Instrumento de Medición: registro sistematizado de la Oficina de Calidad.

- Orientar los procesos y servicios prestados a las demandas y necesidades de nuestros pacientes y usuarios, incorporando un sistema de gestión de calidad que nos permita brindar una atención de excelencia.

Instrumento de Medición: Evaluación de satisfacción de usuarios (encuestas, cuestionarios, focus group, entre otros).

- Promover la gestión y revisión de los procesos claves del Instituto, con mayor énfasis en aquellos que son exigidos por la Acreditación de Prestadores.

Instrumento de Medición: Actualización de Manuales de Procesos de acuerdo a normas. (Mejoramiento de Versiones).

- Realizar actividades de formación para los funcionarios del establecimiento en las áreas de acreditación.

Instrumento de Medición: Certificación de actividades de formación.

Política de Comunicaciones

Contar con una política de comunicaciones significa que las personas relacionadas con el INC encontrarán un sustento ético, lo que repercutirá además en la confianza que esas personas tengan hacia la institución, su gestión y los servicios que entrega tanto a los pacientes oncológicos del sistema público como sus familiares y aquellos relacionados u otros que mantengan o desarrollen a futuro relaciones institucionales.

Con el fin de que las acciones de comunicación lleguen a los objetivos fijados hemos determinado que los siguientes parámetros contribuirán a establecer relaciones no solo entre las personas de la organización sino en las áreas que la componen.

Entre los que destacamos como parámetros están:

- Comunicados: Desde la Unidad de Comunicaciones se prepara la información según el requerimiento y se difunde a través de un comunicado corporativo vía email o impreso cuando la ocasión lo amerite principalmente para compartir información, evitar rumores y posibles conflictos.
- Página web: La Unidad de Comunicaciones busca, gestiona, reportea y realiza informaciones para este instrumento, específicamente la sección de noticias. En la página se encontrará información actualizada de la organización, cómo se compone, quiénes la integran, cómo es posible acceder a ella y las actividades que se realizan tanto de carácter clínico como educativo y/o social en beneficio de los pacientes y la comunidad.
- INC Comunica: Instrumento creado en Unidad de Comunicaciones, de distribución digital que se envía mensualmente y que considera un resumen de las actividades desarrolladas más importantes. Este se distribuye a los servicios de salud y autoridades del país, clínicas e instituciones de salud privada y aquellas entidades en las que existe convenios de colaboración y cooperación.
- Facebook: La Unidad de Comunicaciones mantiene el fanpage del INC en el que se incorporan noticias que informen a pacientes tanto de actividades clínicas como no clínicas (talleres, exposiciones, charlas, reuniones específicas, etc.). Además informaciones corporativas como saludos o en los días que se ha establecido destacar en conjunto con la Unidad de Bienestar de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas como día de la mujer, día de la madre, día del padre, día del niño, Fiestas Patrias, Navidad, Año Nuevo y los días profesionales de quienes integran la comunidad del INC.
- Twiter: La cuenta oficial del INC está administrada por la Unidad de Comunicaciones y da cuenta de las principales actividades generadas para la comunidad y todas aquellas entrevistas positivas donde esté involucrado algún profesional del INC. También sirve para comunicar campañas e informaciones de carácter masivo.
- Instagram: La cuenta oficial del INC está administrada por la Unidad de Comunicaciones y destaca en imágenes actividades básicamente masivas que congreguen el interés de ser compartidas con la comunidad.

En el ámbito de establecer referentes para saber cómo debe relacionarse la organización con sus diferentes tipos de público: clientes, gobierno, prensa y la sociedad misma se ha decidido:

1. Aceptar entrevistas con medios de comunicación cuando son solicitadas y se ha evaluado que contribuyen a mejorar y aumentar el posicionamiento en la comunidad. También en el caso de aclarar informaciones no precisas.
2. Participamos de todas aquellas instancias en las que somos convocados tanto por las autoridades como por interlocutores de carácter docente, asistencial y de investigación según los intereses de desarrollo de la institución así como las organizadas por municipalidades, recintos educacionales y agrupaciones de pacientes, entre otros.
3. Desde el punto de vista de vinculación con donaciones éstas se canalizan vía la Fundación Oncológica Dr. Caupolicán Pardo, que ayuda al Instituto Nacional del Cáncer.
4. La política de comunicaciones acordada y consensuada con las autoridades recomienda que los temas solicitados por los medios de comunicación o entidades específicas de carácter público (las de connotación comercial siguen el conducto de Transparencia) sean abordados por los especialistas de cada área y en el caso de no estar éstos disponibles son direccionados a la autoridad máxima de la institución o algún representante del equipo directivo como Subdirector Médico (temas clínicos), Director (tema políticos institucionales) y Médico Residente (en caso de ser fin de semana o día festivo).

Política Informática

El centro de responsabilidad de informática a través de sus políticas y plan de acción tiene la responsabilidad de la administración de proyectos de desarrollo, implementación, soporte tecnológico y mantener la seguridad de la información. Además de implantar normas, restricciones y fomentar el buen uso de estos recursos.

Política de adquisición o arrendamiento de bienes informáticos

La adquisición o arrendamiento de bienes informáticos se apegara a los procedimientos establecidos en la ley de compras públicas y procesos de la institución.

Política de donación de bienes informáticos

Las donaciones son realizadas a la institución. Para este efecto se requiere la carta de donación y una copia legalizada de la factura que permita contabilizar el bien. Las

autorizaciones de donación deben estar respaldadas por una evaluación técnica por parte de este centro de responsabilidad.

Política de usos de bienes informáticos.

El uso de los bienes informáticos pertenecientes a la institución son de exclusiva responsabilidad de cada funcionario que lo tiene asignado a su cargo.

El usuario es responsable de seguir las políticas y procedimientos para el uso de los servicios y recursos informáticos, evitando cualquier práctica o uso inapropiado que los pudiera colocar en peligro. El centro de responsabilidad de informática es la única facultada para realizar cambios de equipos, asignación y creación de puntos de red.

Política de uso de Intranet/ Internet

Se establecerá como página inicial para los navegadores de internet la www.incancer.cl o el portal de intranet <http://intranet.incancer.cl>.

El centro de responsabilidad de informática es la única facultada para configurar los equipos para el acceso a la red e internet.

El acceso a la red y/o internet debe realizarse sin interferir con el trabajo de los demás.

Política de uso de correo electrónico

Todos los funcionarios de la institución podrán solicitar la creación de correo electrónico, previa autorización de jefatura de cada centro de responsabilidad.

Cada usuario es responsable de los mensajes que desde su correo electrónico se emiten

Cada usuario con cuenta de correo institucional podrá acceder a ella vía webmail según procedimiento establecido. El respaldo de la información adjuntada en los correos electrónicos y sus contactos será responsabilidad de cada usuario.

Política de Seguridad

Estas políticas están plasmadas en un documento particular basado en la Norma Internacional ISO/IEC-1779 y la Norma Chile NCH2777. (Políticas de Seguridad Informática).

Política de Uso de impresión

Los equipos informáticos se conectarán a la impresora de red de cada servicio.

Cada centro de responsabilidad se hará responsable del uso y cuidado de la impresora.

La manipulación de las impresoras solo las realizará el centro de responsabilidad de Informática.

Política de Software utilizado

En los equipos computacionales solo podrá existir Software instalados y autorizados por el centro de responsabilidad de informática y que posean licencias para su uso.

El centro de responsabilidad de informática podrá instalar SW que se distribuyan en forma gratuita.

El centro de responsabilidad de informática podrá desinstalar SW que no esté bajo nuestra norma.

Política de Red inalámbrica

El acceso a redes Inalámbricas se realizará a través de autenticación de seguridad en modo WPA2, credenciales de seguridad estarán en conocimiento de las jefaturas de cada C°R°, Informática será el único autorizado para realizar cambios en las configuraciones de los dispositivos que permitan conexiones inalámbricas. Redes inalámbricas de acceso público no se encuentran habilitadas.

Política de Puntos de Red

Todo punto de red debe ser solicitado al centro de responsabilidad de informática para verificar la factibilidad de dicho trabajo que luego será informado a Unidad de Mantenimiento para su ejecución, donde informática validará dicho trabajo.

Política de las aplicaciones

Se privilegiará el desarrollo interno de aplicaciones aprovechando los recursos humanos y tecnológicos con que se cuenta y que tenga por objeto optimizar sus propios procesos, obtener mejores servicios y lograr costos de operación más bajos. El desarrollo de las aplicaciones del Instituto estarán realizadas en un ambiente WEB con los lenguajes y bases de datos establecidas por el centro de responsabilidad de Informática. Para el desarrollo se utilizarán minutos de trabajo con cada equipo. Toda aplicación que venga impuesta por el Nivel Central deberán ser usadas por los usuarios internos según indicaciones correspondientes, el centro de responsabilidad de Informática no se hará responsable del uso, mantención, corrección y capacitación de las aplicaciones indicadas. Toda aplicación que tenga que ver con atención de pacientes debe conectarse con nuestra base de datos y mantener la consistencia de los datos del paciente. Cada proveedor externo deberá costear la integración de las aplicaciones que proveen con las aplicaciones internas, para evitar doble digitación.

Política de los servicios

Debe existir la interoperabilidad de las aplicaciones.

Las aplicaciones que se soliciten como servicio por parte de la institución deberán estar desarrolladas para trabajar en red y en un ambiente a nivel de usuario que permita ser utilizado por los navegadores de internet (WEB) más conocidos y usados por el mercado chileno.

Política de escritorio limpio

Toda vez que un funcionario o proveedor externo se ausente de su lugar de trabajo, junto con bloquear su estación de trabajo, debe guardar en un lugar seguro cualquier documento, medio magnético u óptico removible que contenga información confidencial.

Política de gestión de personas

El centro de responsabilidad de recursos humanos deberá informar al centro de responsabilidad de Informática cada vez que se integre un nuevo funcionario a la institución, lo que permitirá el registro de este en las bases de datos de funcionarios, permitiendo preparar equipo, dar acceso a sistemas y crear correo institucional, al generar prorrogas de contrato y la desvinculación de un funcionario, para que se elimine los accesos a las diferentes aplicaciones de la institución y cerrar su cuenta de correo institucional.

Política de respaldo de información

La institución mantiene en sus registros información de distintos tipos de importancia (Alta, Media, Baja). El mecanismo, periodicidad y tecnología de respaldo utilizada para resguardar la información dependerá de la importancia que la institución asigne, evaluando el medio de almacenamiento que asegure su posterior lectura y recuperación. Cada respaldo que se realice, manual o automático, deberá quedar registrado en los LOGS de los servidores o en un archivo electrónico (texto, planilla, etc), con esto poder realizar consultas, seguimiento y revisión de periodicidad de las tareas de respaldos.

Política de Acceso a sala de servidores

Autorización de Accesos permanentes son asignados por el jefe del centro de responsabilidad de informática a aquellos funcionarios que por la naturaleza de sus funciones lo requieran.

Personal que no cuente con autorización de acceso permanente, que requiera ingresar a la Sala de Servidores, deben solicitar autorización de acceso a Infraestructura o bien a jefatura de Informática, deberá registrar su visita en hoja de registros y ser acompañado por personal autorizado, tanto en el inicio de su ingreso hasta el término de su trabajo.

Política de sala de servidores

Toda persona que ingrese a sala de servidores, debe seguir las normas establecidas por el centro de responsabilidad de Informática, como normas de ingreso, no introducir elementos o materiales descritos en la norma, dejar en el interior elementos, cierre de puertas.

Política de reinicio de servidores

El reinicio de servidores es una práctica que se realiza tras intentos de recuperación de servicios prestados en forma fallida, previo al reinicio de los servidores, se da aviso vía telefónica a las jefaturas de los centros de responsabilidad de la Institución.

Al programar el apagado de los servidores, por mantenimiento o cambios en las configuraciones, esto es comunicado a través de correo electrónico a los centros de responsabilidad y sus funcionarios con al menos 24 - 48 hrs. de anticipación, estos trabajos son realizados en lo posible, en horarios de baja demanda de los servicios prestado por el centro de responsabilidad de Informática.

PLAN DE INVERSIONES 2016 – 2018

Consideraciones básicas para la formulación del plan:

Para la confección del Plan Anual de Inversiones, se toman en consideración los siguientes aspectos:

- Misión – Visión – Objetivos Estratégicos.
- Políticas de Recursos Físicos e Inversiones.
- Catastro actual del equipamiento médico, industrial y de apoyo con que cuenta el establecimiento.
- Planificación Estratégica año 2016 – 2018.
- Exigencias definidas por la normativa de Autorización Sanitaria.
- Programa de mantención planta física y equipamiento INC.
- Antecedentes e Informes Técnicos existentes, en relación a la condición de la infraestructura y equipamiento.

Marco presupuestario

El marco presupuestario en el cual se sustenta este Plan de Inversión es el presupuesto asignado al Instituto Nacional del Cáncer, en el Subtítulo 22 para Mantenciones y Reparaciones Mayores, en el Subtítulo 29 y en el Subtítulo 31.

Criterios de Priorización de los Proyectos

La priorización de los proyectos es realizada por el Equipo Directivo Institucional, posterior a un análisis realizado por la Subdirección de Operaciones, que evalúa la factibilidad técnica de la ejecución de cada iniciativa y conforma la “Cartera de Proyectos”.

Los proyectos incorporados a esta cartera de inversión tienen como objetivo y han sido priorizados en relación a mejorar aspectos de seguridad y calidad en la atención de pacientes y de trabajo de los funcionarios, avanzar en el cumplimiento de las exigencias definidas por la autoridad respecto a la Autorización Sanitaria y en los objetivos estratégicos definidos en el plan de desarrollo.

En virtud de estas definiciones se establecieron los siguientes criterios de priorización:

Criterios de Priorización

- 1** Prioridad Alta = Seguridad de Funcionarios y Usuarios, Calidad y Oportunidad de Atención.
- 2** Prioridad Media = Autorización Sanitaria, Plan de Desarrollo INC.
- 3** Prioridad Baja = Otros.

Supuestos para la formulación del Plan de Inversión

Con el propósito de asignar la seriedad que corresponde a este proceso de planificación estratégica, en un ámbito tan sensible como es el de Inversión, es necesario hacer explícitos los siguientes supuestos determinantes de este componente:

- El Instituto Nacional del Cáncer, al encontrarse en proceso de normalización, salvo excepciones justificadas, como es el caso de proyectos de desarrollo o reposición que sea necesario ejecutar por corresponder al rol inherente e inexcusable del establecimiento, no puede ser sujeto de inversiones de mayor cuantía e impacto en infraestructura y equipamiento, sólo de reparaciones mayores o menores, que no son consideradas inversión y que son financiadas a través del ítem de Mantenciones y Reparaciones del Subtítulo 22 y a la adquisición de Equipos y Equipamiento, generalmente de reposición, correspondientes a los Subtítulos 29 y 31.

PLAN DE INVERSIONES 2016 – 2018

| 2016 | | |
|---|-------------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL PROYECTO | SERVICIO CLINICO ASOCIADO | MONTO \$ |
| Habilitación sala Biopsia por Estereotaxia | Imagenología | 23.943.701 |
| Adquisición de Reprocesadoras de Endoscopios | Esterilización | 27.000.000 |
| Adquisición PET-CT y Habilitación de Recinto PET-CT | Medicina Nuclear | 1.508.226.660 |
| Remodelación Medicina Nuclear | Medicina Nuclear | 220.362.410 |
| Remodelación Baños Auxiliares | Baños y casilleros auxiliares | 30.637.978 |
| | | 1.810.170.749 |

2017

| NOMBRE DEL PROYECTO | SERVICIO CLINICO ASOCIADO | MONTO \$ |
|--|----------------------------------|----------------------|
| Habilitación de Quimioterapia Ambulatoria y de Unidad de Preparación de Drogas Oncológicas | Oncología Médica - Farmacia | 948.461.000 |
| Reposición Acelerador Lineal | Radioterapia | 3.500.000.000 |
| Reposición Mamógrafo | Imagenología | 265.045.000 |
| Reposición Autoclave | Esterilización | 76.898.000 |
| Reposición Procesador de Tejido (arriendo con opción de compra) | Anatomía Patológica | 34.843.000 |
| Reposición Gammacámara | Medicina Nuclear | 526.591.000 |
| Reposición Endoscopio | Endoscopia | 117.959.000 |
| Reposición Equipos Taller Cerrobend | Radioterapia | 37.587.954 |
| Reposición Monitores | Varios Servicios | 15.696.000 |
| Reposición Maquina de Anestesia | Radioterapia | 30.345.000 |
| Reposición Equipamiento Policlínico | Policlínico | 15.696.000 |
| Reposición Microscopio | Cirugía | 125.661.620 |
| Reposición Ventilador Mecánico | UTI | 18.683.000 |
| Reposición Equip. Rehabilitación | Rehabilitación | 12.717.000 |
| Adquisición Torre Endosonografía | Endoscopia | 230.000.000 |
| Remodelación Baños Auxiliares (II etapa) | Baños y casilleros auxiliares | 27.000.000 |
| Habilitación de Sala Biología Molecular | Anatomía Patológica | 28.500.000 |
| Adquisición de Vitrinas Refrigeradas Clínicas | Varios Servicios | 15.000.000 |
| Adquisición de Ambulancia Equipada y Móviles para traslado de pacientes | Servicios Generales | 100.000.000 |
| Reposición Ascensor Hidráulico | Equipos Industriales | 60.000.000 |
| Habilitación Sala REAS | Medio Ambiente | 44.000.000 |
| Equipos de prueba | Equipos Médicos | 5.000.000 |
| Instrumental Braquiterapia | Braquiterapia | 30.000.000 |
| | | 6.265.683.574 |

2018

| NOMBRE DEL PROYECTO | SERVICIO CLINICO ASOCIADO | MONTO \$ |
|--|----------------------------------|----------------------|
| Habilitación de 6° Bunker y Adquisición de ALE | Radioterapia | 3.879.943.000 |
| | | 3.879.943.000 |

PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES 2016 - 2018

A continuación se presenta, por cada objetivo estratégico, el Plan Anual de Actividades para el período.

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1: ATENDER A NUESTROS PACIENTES CON UN TRATAMIENTO INTEGRAL ONCOLOGICO QUE AUMENTE LA SOBREVIDA.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|---|---|--|---|---------------|---------------|---------------|--|---|
| 1. Asegurar tratamiento integral continuo | a) Disponer de una versión mejorada de la historia clínica del paciente, que sea completa, legible, con registros eficientes y que incorpore información que permita evaluar la sobrevida del paciente. | Ajuste estricto a la normativa de acreditación de prestadores. | % de cumplimiento de la normativa de acreditación de prestadores. | 100% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección Médica Asistencial / Subdirección Médica de Calidad |
| | | ficha clínica electrónica | Cumplimiento Programa de desarrollo para el periodo SI/NO | 15% | 60% | 100% | proyecto de infraestructura informática. | Dirección/Sub dirección Médica Asistencial / Subdirección Médica de Calidad / Informática |
| | b) Formación de equipos multidisciplinarios. | Elaborar y mantener protocolos, guías y rutas clínicas de atención oncológica integral del usuario según rol (médico y otros profesionales del equipo) | % de protocolos, guías y rutas clínicas de atención oncológica integral del usuario según rol (médico y otros profesionales del equipo) | 0% | 50% | 100% | No aplica | Subdirecciones / Jefaturas de centro de responsabilidad y equipos. |
| | | Formación e inducción periódica del equipo multidisciplinario | (Nº nuevos integrantes con inducción / Nº nuevos integrantes) x 100 | 10% | 100% | 100% | No aplica | Subdirecciones / Jefaturas de centro de responsabilidad y equipos. |
| | c) Diseño e implementación de un Plan de Contingencia que asegure la atención integral oncológica de manera continua para el usuario. | Pesquisar brechas en áreas problema en la atención integral oncológica de manera continua para el usuario | Diagnóstico elaborado. | 100% | 100% | 100% | No aplica | Equipo Directivo |
| | | | Propuesta para responder a las necesidades de gestión. | 100% | 100% | 100% | Evaluación caso a caso | Equipo Directivo |

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|--|---|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|--|
| 2. Consolidar el trabajo de los comités oncológicos multidisciplinares. | a) El comité es una de vías obligatorias de ingreso a todo paciente del INC. Se considera también como válida la participación de médicos del INC en otros comités de hospitales y por vía de telemedicina. | Revisión del manual de ingreso del paciente del INCANER contemplando el petit comité. Chequear con protocolo (comités fuera del establecimiento) | por definir | 100% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección Médica Asistencial |
| | | Difusión interna y externa del manual | | | | | | |
| | b) Formalizar informe desde comité a centro derivador de cada paciente. | Creación de formato tipo de informe de referencia | (Nº pacientes con informe de contrarreferencia / Nº total pacientes) | 50% | 75% | 100% | No aplica | Subdirección Médica Asistencial |
| | | Formalizar conducto regular para envío de contrarreferencia | | | | | | |
| | c) Habilitar espacio para informar decisiones de comité en forma privada al paciente. | habilitar espacio físico | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección Médica Asistencial |
| | | horario protegido para los médicos que informan decisión de comité. | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección Médica Asistencial |
| 3. Desarrollar un programa integral de seguimiento que permita medir la sobrevida. | a) Crear programa centralizado de seguimiento asintomático | Diseño del programa | SI/NO | 10% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |
| | | Implementación del programa | % implementación del programa de acuerdo a planificación | 0% | 50% | 100% | RRHH Recursos Informáticos RRRF | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |
| | | Reporte de resultados | reporte semestral | 0% | 50% | 100% | No aplica | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |
| | b) que el programa pesquise y proponga soluciones a los problemas que retardan la reinserción del paciente | Incorporación de parámetros de reinserción en el seguimiento | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No aplica | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |
| | | Medición y evaluación de resultados | SI/NO | 0% | 0% | 50% | No aplica | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |
| | | Definición e implementar estrategias de abordaje | % cumplimiento de las estrategias de abordaje | 0% | 0% | 20% | No aplica | Subdirección de Desarrollo / Subdirección Médica Asistencial |

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 2: MANTENER SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE PERMITAN CONOCER LA SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|---|--|--|--|---------------|---------------|---------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1.Potenciar sistema de registro. | a) Instalación de sistema. | Instalación de sistema. | (Nº equipos / Nº total de equipos) x 100 | 30% | 50% | 100% | No aplica | Informática |
| 2.Fortalecimiento de equipo de seguimiento de Registro Hospitalario | a) Determinar brecha | Disminuir brecha aumentando número de funcionarios y horas destinadas al registro y número de digitadores para registrar información histórica | Cargos asignados | 50% | 100% | 100% | Asignación de cargos. | Subdirección Desarrollo Institucional |
| 3. Apoyo de Capacitación en registro hospitalario | a) Capacitar a funcionarios en registro hospitalario | Determinar los cursos necesarios para llevar a efecto la capacitación | (Nº usuarios capacitados / Nº total de usuarios) x 100 | 50% | 100% | 100% | No aplica. | Informática |
| 4. Compra de software especializado para | a) Gestionar recursos | Determinar costo Capacitar | Existe la función Sí/No | 15% | 100% | 100% | Financiamiento licencia STATA. | Informática |

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 3: CONSOLIDAR AL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER COMO UN CENTRO FORMADOR DE ESPECIALISTAS MÉDICOS Y NO MÉDICOS EN ONCOLOGIA.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE | |
|--|---|---|--|---------------|---------------|---------------|---|--|---|
| 1. Contar en el INC con especialistas en oncología de primer nivel | a) Definir cartera de servicios y nivel de complejidad futuro. | Caracterización epidemiológica de la población atendida en el INC | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No Aplica | Equipo Directivo - Registro Hospitalario | |
| | | Mantener actualizada la cartera de servicios | SI/NO | | | | | | |
| | | Definir ámbito de acción | Informe | | | | | | |
| | b) Definir las especialidades requeridas para ejecutar la cartera de servicios. | Identificar la demanda potencial | Determinación de especialista de acuerdo a la cartera de servicios realizada | SI/NO | 0% | 75% | 100% | No Aplica | Subdirección Médica Asistencial |
| | | Identificar la oferta actual | | | | | | | |
| | | Identificar la brecha de especialistas | | | | | | | |
| | c) Fortalecer las competencias de las especialidades existentes. | Identificar las experticias requeridas y su brecha para dar respuesta a la cartera de servicios | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No Aplica | Subdirección Médica Asistencial - Subdirección Recursos Humanos - Subdirección Médico Desarrollo | |
| | | Definición de un programa de perfeccionamiento | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No Aplica | | |
| | | Ejecución de un programa de perfeccionamiento | (Programa de perfeccionamiento realizado / Programa de perfeccionamiento programado) x 100 | 0% | 10% | 20% | por definir | | |
| | d) Incorporación de especialistas según brecha. | Determinar los especialistas requeridos | Informe y solicitud de expansión de cargo | SI/NO | 100% | 100% | 100% | No Aplica | Dirección - Subdirección Recursos Humanos |
| Solicitar cargos de expansión al Ministerio de Salud | | | | | | | | | |
| e) Generar incentivos para la retención de especialistas | Definición e implementación de incentivos para retención de profesionales | SI/NO | 0% | 100% | 100% | No Aplica | Dirección - Subdirección Recursos Humanos | | |
| | Evaluación de migración de especialistas | (Nº profesionales funcionarios con renuncia voluntaria/ dotación total de profesionales funcionarios)*100 | 100% | 100% | 100% | No Aplica | Subdirección Recursos Humanos | | |

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|--|--|--|---|---------------|---------------|---------------|-------------|---|
| 2. Colaborar en la formación de especialistas para satisfacer las necesidades de la red pública. | a) Mantener un diagnóstico actualizado de la capacidad formadora del INC y ponerla a disposición de la red pública a través de programas de formación. | Levantamiento de actividad formadora del INC Difundir oferta a la red pública | N° cupos ocupados / N° cupos disponibles *100 | 100% | 100% | 100% | No Aplica | Subdirección Médica Desarrollo - Docencia |
| 3. Generar alianzas con instituciones internacionales del area oncológica | a) Establecer convenios de cooperación mutua | Definir centros de interes y buscar vias de financiamiento. | SI/NO | 0% | 50% | 75% | por definir | Dirección - Subdirección Médica Desarrollo - Comunicaciones |

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA ONCOLÓGICA.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|--|---|--|---|---------------|---------------|---------------|-------------|---|
| 1. Fortalecer el rol del INC como destino de estudios clínicos | a) Contar con lugar físico adecuado para desarrollar la investigación | Determinar los requerimientos de espacio y de bienes para llevar a cabo la Investigación | SI/NO | 50% | 100% | 100% | | Subdirección Médica Desarrollo |
| | | Conseguir el o los espacios físicos adecuados | Contar con el o los espacios físicos | 50% | 50% | 100% | por definir | Subdirección Médica Desarrollo |
| | b) Definir la estructura de financiamiento de la investigación en el Instituto Nacional del Cáncer. | Difundir las fuentes de financiamiento | SI/NO | 0% | 100% | 100% | | Subdirección Médica Desarrollo - Investigación - Comunicaciones |
| | | Motivar a la participación de los fondos concursables. | (N° de investigadores que participan en estudios clínicos con financiamiento concursable / N° total de investigadores) *100 | 100% | 100% | 100% | | Subdirección Médica Desarrollo - Investigación |

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 5: MEJORAR EL CONTROL DE COSTOS Y LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---------------|---------------|---------------|----------|---|
| 1. Controlar los costos de los tratamientos respetando los protocolos definidos | a) Elaboración, difusión y seguimiento de los protocolos | Formalización y publicación de los protocolos por resolución. | Resolución | 0% | 50% | 100% | | Subdirección Médica Asistencial |
| | | Reunión con equipos médicos para su socialización. | Reuniones de socialización | 0% | 50% | 100% | | |
| | | Evaluación de la aplicación de los protocolos y sus responsables. | Evaluación de acuerdo a indicador de cada protocolo | 0% | 50% | 100% | | |
| | b) Ajustar arsenales de insumos, fármacos y Recursos Humanos a los protocolos vigentes. | Definición de canastas de prestaciones, fármacos e insumos trazadores del protocolo | Canastas y trazadores | 0% | 50% | 100% | | Subdirección Administrativa, Subdirección Médica Asistencial. |
| | | Determinación de demanda de recursos | Incorporado en Plan Anual de Compras | 0% | 100% | 100% | | Subdirección Administrativa Subdirección Recursos Humanos |
| | | Evaluación de ajuste de los consumos a la programación | Stock disponible en Stock | 0% | 100% | 100% | | Subdirección Administrativa |

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|--|--|--|---|---------------|---------------|---------------|----------|---|
| 2. Presentar al FONASA la valorización a costo real de canastas GES y PPV vigentes y nuevas canastas | a) Determinar el margen de contribución o pérdida de los GES y Complejas (PPV) | Valorizar canastas en uso en el INC en base a los sistemas de costeo | Canastas GES + canastas definidas en formalización de protocolos valorizadas. | 0% | 100% | 100% | | Subdirección Administrativa |
| | | Determinar brechas en función de diferencia con valor FONASA | (FONASA - costo INC) / FONASA) *100 | 0% | 100% | 100% | | |
| | b) presentación al FONASA de nuevas canastas oncológicas valorizadas | Valorizar nuevas canastas oncológicas de alto costo | SI/NO | 0% | 25% | 50% | | Subdirección Médica Asistencial - Subdirección Administrativa |

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 6: CONTAR CON UNA NUEVA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO ACORDE A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO, SUS PACIENTES Y EL PAÍS.

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES | TAREAS | INDICADOR | META AÑO 2016 | META AÑO 2017 | META AÑO 2018 | RECURSOS | RESPONSABLE |
|--|--|-------------------|---|---------------|---------------|---------------|----------|------------------|
| 1. Contar con un proyecto de reposición del INC. | a) Estudio de Preinversión Hospitalaria, el anteproyecto y diseño. | Según Carta Gantt | Actividades de la Gantt cumplidas en el periodo/Total Actividades de la Gantt Programadas | 100% | 100% | 100% | | Equipo Directivo |

