



Plan Estratégico 2023-2027

Instituto Nacional del
Cáncer



Asistencia técnica

**Escuela
de Salud
Pública**
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, julio de 2024.

Plan Estratégico 2023 – 2027



ASISTENCIA TÉCNICA DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE.

Equipo Consultor

Óscar Arteaga
Cristián Tortella
Alejandro González.
Víctor Zapata.
Cristian Llanos
Fernando Godoy
Matías Velásquez

Mensaje de la Directora

El presente Plan Estratégico del Instituto Nacional del Cáncer representa la culminación de un proceso de evaluación y reflexión participativo que nos permite contar con una carta de navegación para el período 2023-2027.

En nuestro Plan se plasma un proceso en el cual, en primer lugar, construimos un diagnóstico de nuestra situación actual para luego establecer la situación futura a la cual queremos llegar. Sobre esta base, fuimos definiendo los objetivos estratégicos, que representan los caminos a través de los cuales nos planteamos el desafío de transitar con toda nuestra comunidad desde la situación en la que hoy estamos hasta alcanzar la situación futura que deseamos para nuestra institución.

A lo largo de todo su desarrollo, el proceso de planificación se fue nutriendo del conocimiento, experiencia, disciplina y enorme compromiso de quienes integran la comunidad de nuestro hospital, características de nuestro equipo que han hecho del Instituto Nacional del Cáncer un referente reconocido a nivel nacional.

Consecuentemente con nuestra vocación, que pone a los usuarios en el centro de nuestro quehacer, en este Plan renovamos nuestro compromiso por una atención integral, resolutive y con el sello institucional de un cuidado humanizado, que se expresa en nuestra misión y visión.

Una dimensión muy especial del Plan Estratégico es que el camino que se traza representa la transición entre la actual situación del Instituto, caracterizada por una infraestructura antigua y precaria, hacia el Nuevo Incáncer. En efecto, para poder llegar al hospital de infraestructura moderna y renovada tecnología que será el Nuevo Incáncer, debemos iniciar desde ahora nuestra preparación. En este sentido, desde el enfoque de la innovación, el plan contempla la revisión de nuestro funcionamiento para ir haciendo los cambios necesarios que nos permitan ofrecer a las personas que atendemos una mayor variedad de prestaciones y una mayor capacidad de resolución, aprovechando las tecnologías de información al servicio de la atención.

Plan Estratégico 2023 – 2027



El plan también contempla fortalecer la docencia y la investigación, que también son tareas relevantes por la naturaleza de Instituto de nuestro hospital. En sintonía con la historia del Instituto, el plan también plantea el cuidado del buen trato, protegiendo la cordialidad y respeto de las relaciones humanas en nuestro entorno laboral y en la interacción con las personas que atendemos.

El tránsito desde nuestra situación actual hasta el momento que entre en operación el Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, en las nuevas instalaciones que se construirán, nos demandará importantes esfuerzos de gestión del cambio, que deberemos abordar con un enfoque de gradualidad para que podamos ir adaptándonos a los desafíos de esa situación futura deseada. Como Directora del Instituto Nacional del Cáncer, invito a cada integrante de nuestra comunidad hospitalaria a sumarse entusiastamente al camino que nos traza este Plan, pues para alcanzar los objetivos que nos hemos planteado requerimos la participación de todos y todas.

Berta Cerda Álvarez

Directora

Instituto Nacional del Cáncer

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	6
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. RESUMEN METODOLÓGICO	15
III. EL ENTORNO DEL INCÁNCER.....	22
IV. ANÁLISIS INTERNO DEL INCÁNCER.....	25
4.1 PRINCIPALES FORTALEZAS DEL INCÁNCER	25
4.2 PRINCIPALES DEBILIDADES DEL INCÁNCER.....	27
4.3 COMPETENCIAS CENTRALES DE LA INSTITUCIÓN	29
V. DEFINICIONES ESTRATÉGICAS DEL INCÁNCER	31
5.1. VISIÓN	31
5.2. MISIÓN.....	31
5.3. VALORES	32
VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL INCÁNCER	33
6.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NIVEL DE POLÍTICAS SANITARIAS DEL INCÁNCER	33
6.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NIVEL DE USUARIOS/AS DEL INCÁNCER.....	33
6.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NIVEL FINANCIERO DEL INCÁNCER	34
6.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NIVEL DE PROCESOS INTERNOS DEL INCÁNCER	34
6.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS NIVEL DE APRENDIZAJE DEL INCÁNCER	35
VII. MAPA ESTRATÉGICO DEL INCÁNCER	36
VIII. TABLERO DE COMANDO DEL INCÁNCER.....	37

IX.	PLAN ESTRATÉGICO A NIVEL DE SUBDIRECCIONES.....	49
9.1.	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	49
9.2.	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.....	61
9.3.	SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES.....	71
9.4.	SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE CALIDAD.....	80
9.5.	SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL	88
9.6.	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	97
9.7.	SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	106
X.	REVISIÓN DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES	121
10.1.	POLÍTICA DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS CLÍNICOS Y DE APOYO Y PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA	122
10.2.	POLÍTICA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	123
10.3.	POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SATISFACCIÓN USUARIA.....	124
10.4.	POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL, CIBERSEGURIDAD Y GOBERNANZA DE DATOS.	126
10.5.	POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS.....	129
10.6.	POLÍTICA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN	131
10.7.	POLÍTICA Y PLAN DE ACCIÓN FINANCIERO-CONTABLE Y PRESUPUESTARIO	132
10.8.	POLÍTICA DE PROCEDIMIENTOS DE RECAUDACIÓN DE INGRESOS DE OPERACIÓN Y OTROS INGRESOS.....	134
10.9.	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS E INVERSIONES.....	135
10.10.	POLÍTICA DE AUDITORÍA	136
10.11.	POLÍTICA DE COMUNICACIONES ESTRATÉGICA Y MANEJO DE MARCA INCÁNCER	137
10.12.	POLÍTICA DE SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL	139
XI.	PLAN DE INVERSIONES 2023-2027.....	141
XII.	PRÓXIMOS PASOS	177

Resumen Ejecutivo

El Instituto Nacional del Cáncer es un establecimiento asistencial, docente e investigador, que forma parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que también conforma la Macro Red de Radioterapia del sector público de salud y que es Centro de Referencia Nacional para casos de alta complejidad en el ámbito de la Oncología.

Se proyecta como el centro de mayor complejidad de la red nacional de cáncer, definida en la Ley 21.258 o Ley Nacional del Cáncer y, desde 2017, avanza en su proyecto de inversión hospitalaria, diseño y construcción. Un hito fundamental en este proceso, fue la adjudicación del contrato de concesión para la construcción de las nuevas dependencias del Instituto, acto administrativo publicado en el Diario Oficial el día 22 de Febrero de 2023.

El proyecto de inversión de las nuevas dependencias del Instituto, dotará al Instituto de mayor capacidad productiva, además de fortalecer con más recursos el cumplimiento de su rol docente e investigador y dotarlo de mayor tecnología, lo que pone a la institución en una oportunidad histórica de complejizar y ampliar su cartera de servicios, tanto para la red local como la Macro Red y el conjunto del país, pudiendo cumplir en propiedad el rol encomendado como Instituto de alta complejidad. En el horizonte de tiempo establecido por el proyecto de inversión, la institución deberá iniciar el tránsito desde sus actuales dependencias hacia el nuevo hospital, asumiendo los desafíos actuales, sin perder la mirada en el futuro cercano y la debida preparación para ello.

Por otra parte, en el marco de las exigencias establecidas en el “Reglamento de Establecimientos Autogestionados en Red” y en las orientaciones técnicas del “Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red” vigentes, el Instituto debe actualizar su planificación estratégica.

En el contexto descrito, el Instituto Nacional del Cáncer solicitó a la Universidad de Chile, representada por un equipo académico de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina y del Instituto de Administración en Salud de la Facultad de Economía y Negocios, un estudio de asistencia técnica para el diseño e implementación de la planificación estratégica para el quinquenio 2023-2027.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Metodología

La metodología usada para elaborar el Plan Estratégico 2023-2027 del Incancer consideró un proceso participativo, siguiendo el modelo de Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard), para la formulación del Plan y el diseño de la implementación. El proceso de planificación, desarrollado entre mayo de 2023 y enero de 2024, consideró tres momentos metodológicos: Actualización de la misión, visión y valores institucionales, y elaboración de Mapas Estratégicos; Definición de Objetivos estratégicos y; Determinación de Indicadores para cada objetivo estratégico. El proceso se desarrolló para el nivel institucional, es decir todo el Instituto Nacional del Cáncer, y para cada una de las subdirecciones del Incáncer. Para el desarrollo metodológico se contó con la asistencia técnica de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

El trabajo de planificación se inició con la recopilación de información de la institución y su correspondiente análisis y validación, que sirvió como insumo para las actividades contempladas en la formulación de la estrategia del Incáncer. Después de una reunión inicial con el equipo directivo del Incáncer se llevó a cabo una reunión ampliada de toda la comunidad del Incancer para informar sobre la importancia del proceso de planificación estratégica, el desafío derivado del cambio a las nuevas instalaciones del Instituto, el objetivo general de la planificación del periodo 2023-2027, la metodología a seguir, los productos esperados, organización del trabajo y cronograma de realización.

Se organizaron talleres, dirigidos al equipo directivo, jefaturas representantes de las distintas subdirecciones, con los siguientes objetivos:

Taller 1: Principios de la estrategia institucional: Preparar al equipo directivo en los principios de la estrategia, y metodologías aplicadas al proceso de formulación de la estrategia, para lograr definir una propuesta de definiciones estratégicas para la Institución.

Taller 2: Herramientas para implementar la estrategia exitosamente. Confeccionar los tableros de comando que permitieran controlar la implementación del Plan Estratégico a nivel institucional.

Taller 3: Implementación y alineamiento estratégico: Revisar el Informe de Planificación, concentrado en los Mapas estratégicos y tableros de comando de nivel corporativo y de las

Plan Estratégico 2023 – 2027



Subdirecciones del Incáncer, para lograr validaciones y coordinaciones cruzadas, con foco en el alineamiento organizacional.

Adicionalmente, se aplicó una encuesta y se mantuvo una estrategia de acompañamiento en terreno, se realizaron talleres complementarios y desarrollaron grupos focales con pacientes y gremios.

La encuesta, de respuesta online confeccionada en Qualtrics®, tuvo por propósito incorporar a la totalidad de funcionarios/as del Incáncer, poniendo a disposición de ellos y ellas preguntas sobre las temáticas que debían estar presentes en la estrategia del Incáncer, junto con la medición de aprobación sobre la visión, misión y valores, con apertura a nuevos aportes para estas definiciones.

Los talleres complementarios tuvieron por objetivo la revisión de los insumos considerados para las Definiciones Estratégicas, y para la confección de los Objetivos Estratégicos que componen tanto el Mapa Estratégico Corporativo, como los Mapas Estratégicos de cada una de las Subdirecciones del Incáncer. En los talleres, también se presentaron resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios y se estableció un espacio para ver cómo se relacionan los objetivos entre las subdirecciones y así establecer las necesarias colaboraciones entre los equipos.

Los grupos focales con pacientes y gremios se llevaron adelante durante los meses de junio, julio y agosto y tuvieron por objetivo conocer los aspectos positivos y negativos del desempeño de la Institución con relación a la situación actual y a los desafíos que se visualizan.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Visión

Ser un centro líder en el desarrollo de la red oncológica nacional, en materia de atención integral del paciente oncológico, la docencia, investigación e innovación, que contribuye a la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.

Misión

Somos un centro asistencial público de salud, docente, investigador e innovador, que incorpora prácticas basadas en evidencia y las pone al servicio de los pacientes oncológicos, su familia y la comunidad, con una mirada integral y humanizada, basada en el compromiso permanente de un personal altamente especializado.

Valores institucionales

Excelencia: Realizar un tratamiento de calidad y basado en la evidencia según las necesidades de cada paciente.

Probidad: Observamos una conducta funcionaria intachable, un desempeño honesto y leal, con preeminencia del interés general sobre el particular.

Liderazgo: Tener la capacidad de motivar y movilizar a los equipos, y conducirlos para el cumplimiento de la misión y de la visión.

Compromiso: Sentir como propios los objetivos de la organización, así como su misión y visión.

Solidaridad: Buscar el bien común, con un sentido de colaboración para conseguir los mejores resultados para nuestros pacientes.

Equidad: Dar a cada paciente lo que necesita en función de los recursos disponibles.

Humanidad: Poner al centro a la persona por sobre la enfermedad.

Integridad: Adherir a los más altos principios de profesionalismo, ética y responsabilidad, para ser dignos de la confianza que nuestros pacientes depositan en nosotros.

Respeto: Tratar a todos los integrantes de nuestra comunidad con dignidad y sin discriminación.

Objetivos Estratégicos del Incáncer

A partir de la revisión y discusión sobre los aspectos internos evaluados con los participantes de los Talleres realizados, se obtuvieron los siguientes Objetivos Estratégicos, agrupados en dimensiones:

Objetivos Estratégicos nivel de Políticas Sanitarias del Incáncer

- Orientar las acciones hacia el cumplimiento de las políticas públicas en materia de salud.
- Asegurar una atención segura y de calidad.
- Potenciar la capacidad de gestión local y con la red.

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as del Incáncer

- Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente.
- Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.
- Fortalecer un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.
- Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional.
- Avanzar en ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, para el tratamiento de la enfermedad.
- Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con el cáncer.

Objetivos Estratégicos nivel Financiero del Incáncer

- Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.
- Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo del uso de los recursos, para aportar a la probidad y transparencia.
- Sinergizar los aspectos legales con los de gestión interna para el manejo de recursos y ejecución de proyectos.

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos del Incáncer

- Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la institución.
- Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización.
- Establecer una política de gobernanza de la información al interior de la organización junto con el levantamiento de definiciones institucionales para la mejora en la gestión de la información.
- Avanzar en la transformación digital de la institución.
- Establecer e implementar un plan de transición y gestión del cambio para el período, hasta la puesta en marcha del nuevo Incáncer.

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje del Incáncer

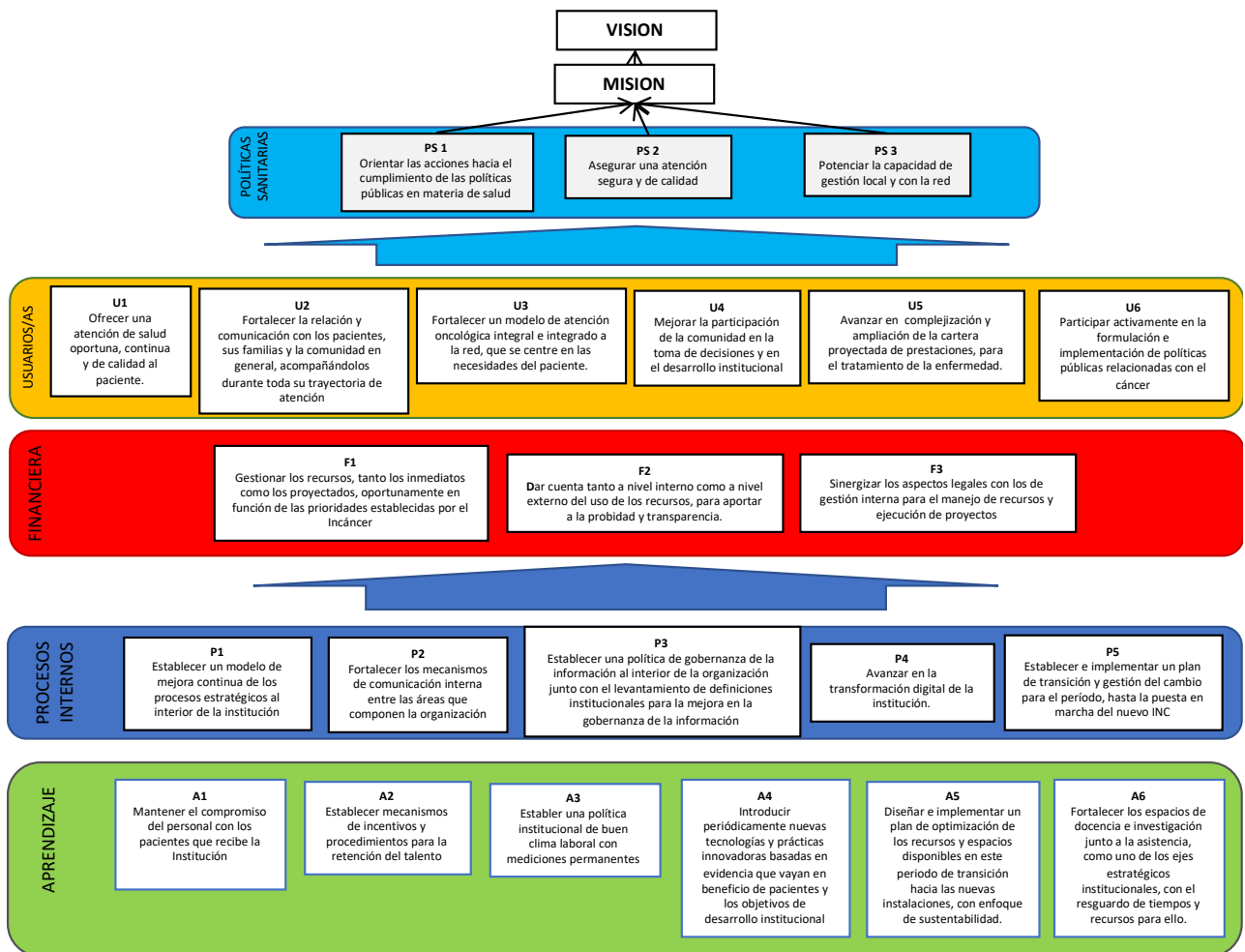
- Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución.
- Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento.
- Establecer una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.
- Introducir periódicamente nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia que vayan en beneficio de pacientes y los objetivos de desarrollo institucional.
- Diseñar e implementar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones, con enfoque de sustentabilidad.
- Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Mapa Estratégico del Incáncer

A partir de la revisión y discusión de los Objetivos Estratégicos, se confecciona el Mapa Estratégico Institucional.



Fuente: Elaboración propia

I. Introducción

El Instituto Nacional del Cáncer, Incáncer, es un establecimiento asistencial, docente e investigador, que forma parte de la red de establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Norte, conforma la Macro Red de Radioterapia del sector público de salud y que es Centro de Referencia Nacional para casos de alta complejidad en el ámbito de la Oncología. Se proyecta como el centro de mayor complejidad de la red nacional de cáncer, definida en la promulgada Ley Nacional del Cáncer y, desde 2017, avanza en su proyecto de inversión hospitalaria de diseño y construcción; el que dotará al Instituto de mayor capacidad productiva, fortalecerá con más recursos el cumplimiento de su rol docente e investigador, además de dotarlo con mayor tecnología, poniendo a la institución en una oportunidad histórica de complejizar y ampliar su cartera de servicios, tanto para la red local como la Macro Red y el país, pudiendo cumplir en propiedad el rol encomendado como Instituto de alta complejidad.

La institución enfrenta actualmente una condición de limitación de recursos e infraestructura, en un contexto de demanda creciente de atención, no sólo por el aumento de incidencia del cáncer, que posiciona esta enfermedad entre las primeras causas de muerte en el país, sino que se suma un escenario de rezago del diagnóstico y tratamiento de cáncer producto de la pandemia COVID-19 de 2020, período en que se puso foco en la urgencia para la priorización de los recursos sanitarios.

Considerando que el proyecto de inversión considera la puesta en marcha del nuevo edificio dentro de los próximos 7 años (estimación puesta en marcha 2030 según contrato), tenemos un período de 4 años de horizonte en el actual proceso de planificación estratégica, en el cual la institución debe transitar su desarrollo de corto y mediano plazo, asumiendo los desafíos actuales, pero sin perder la mirada en el futuro cercano y su preparación para ello.

En el marco de la autogestión en red, el Instituto debe actualizar su planificación estratégica, proceso que llega en un momento trascendente para consolidar elementos que la institución ha venido desarrollando, además de sentar las bases del proceso de transición hacia el futuro que debe enfrentar.

II. Resumen Metodológico

La metodología consideró un proceso participativo, siguiendo el modelo del *Balanced Scorecard*, BSC, para la formulación del Plan y el diseño de la implementación.

El concepto de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando integral (CMI), fue presentado en el número de Enero/Febrero de 1992 de la revista *Harvard Business Review*. Sus autores, Robert Kaplan y David Norton, plantean que el CMI es un sistema de planificación y control de gestión que va más allá de la perspectiva financiera de las empresas privadas, porque también tiene aplicaciones en el ámbito de las organizaciones sin fines de lucro, donde la preocupación por los usuarios se define como su foco central.

Existen tres elementos que son parte fundamental en el desarrollo del BSC:

1) Mapas Estratégicos:

Generalmente muestran las distintas perspectivas del Cuadro de Mando Integral. Comienzan su secuencia en la perspectiva del aprendizaje y crecimiento, sigue con la de los procesos internos, luego con la perspectiva de aspectos financieros, usuarios y, finalmente, con la perspectiva de políticas sanitarias, conducentes al logro de la misión y visión de la institución. Las actividades y factores necesarios para lograr las metas estratégicas se dibujan unidos por flechas que expresan relaciones de causa-efecto, lo que se asume es la secuencia de comportamiento que ocurre entre los factores y las dimensiones de análisis.

2) Objetivos estratégicos:

Es la expresión en términos de propósito y curso general de acción, que ayuda a la organización a alcanzar la misión y visión. Es general, este curso de acción es amplio y debe estar alineado y ser consistente con lo declarado en la Misión institucional, así como con lo planteado en el análisis del ambiente interno y externo.

3) Indicadores

Establecen una relación entre dos o más variables las que, comparadas con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar desempeño. Entregan información respecto al logro o resultado en la entrega de los productos (bienes o servicios) generados por la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro.

El trabajo de la consultoría se organizó siguiendo los siguientes hitos:

- Recopilación de información inicial de la institución y su correspondiente análisis y validación, que sirvió como insumo para las actividades contempladas en la formulación de la estrategia del Incáncer. Entre la información revisada se encuentran la Resolución exenta de estructura vigente, Organigrama con nombre y cargo de cada jefatura, Dotación por unidad (informe SIRH), Consolidado de políticas institucionales, Estados financieros, Presupuestos e Informes de ejecución presupuestaria, Estadísticas de pacientes atendidos, Producción mensual valorizada, Plan de Inversiones, Precios vigentes por prestaciones, Listas de espera, y las últimas cuentas públicas e informes de planificación estratégica.
- Reunión inicial para exponer la metodología de trabajo diseñada por la Universidad, y la calendarización de reuniones, actividades en terreno y talleres formativos.
- Elaboración del Plan de contactos de *stakeholders* del Incáncer, que consideró referentes y autoridades vinculadas con la institución, y agrupaciones de usuarios, que permitieron contar con la percepción de distintas visiones sobre el desempeño de la institución. Se desarrollaron entrevistas y *Focus group*.
- Comunicación permanente con las contrapartes designadas para establecer fechas, convocatorias y organización de las actividades contempladas a lo largo de la consultoría.

Plan Estratégico 2023 – 2027



- Coordinación con comunicaciones internas del Incáncer, para dar cuenta oportunamente de las actividades realizadas y motivar la participación del personal.
- Reuniones de ampliadas, denominadas reuniones de Patio, para dar a conocer los avances del proceso.
- Aplicación de encuestas para validar declaraciones realizadas en talleres
- Realización de Talleres:
 - Taller 1: Principios de la estrategia institucional. Talleres realizados con el equipo directivo y representantes de las subdirecciones, que tuvieron por objetivo preparar al equipo directivo en los principios de la estrategia, y metodologías aplicadas al proceso de formulación de la estrategia, para lograr definir una propuesta de definiciones estratégicas para la Institución.
 - Talleres complementarios: Tuvieron por objetivo la revisión de los insumos considerados para las Definiciones Estratégicas, y para la confección de los Objetivos Estratégicos que componen tanto el Mapa Estratégico Corporativo, como los Mapas Estratégicos de cada una de las Subdirecciones del Incáncer. Se presentaron resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios. Se estableció también un espacio para ver cómo se relacionan los objetivos entre las subdirecciones y así establecer las necesarias colaboraciones entre los equipos.
 - Taller 2: Herramientas para implementar la estrategia exitosamente. Los Talleres tenían por objetivo la confección de los tableros de comando que harán posible controlar la implementación del Plan Estratégico a nivel institucional como a nivel de subdirecciones. Participaron de estos talleres el equipo directivo más representantes de las distintas subdirecciones.
 - Taller 3: Implementación y alineamiento estratégico. Los Talleres tuvieron por objetivo la revisión del Informe de Planificación, concentrado en los Mapas estratégicos y tableros de comando de las Subdirecciones del Incáncer, para lograr validaciones y coordinaciones cruzadas, con foco en el alineamiento organizacional. También se revisó el Mapa estratégico y tablero

de comando del Incáncer, para lograr validaciones respecto del trabajo realizado con las Subdirecciones.

El resumen de las principales actividades realizadas se presenta en la siguiente tabla:

Primera reunión ampliada
Se realizó el día viernes 09 de junio a las 08:15 horas en el Auditorio del Instituto Nacional del Cáncer, y contó con la participación del equipo consultor, equipo directivo, y funcionarios que participaron de manera presencial, y quienes estuvieron conectados de manera remota, puesto que la presentación se transmitió en directo a la comunidad del Instituto.
En resumen se expuso sobre la importancia del proceso de planificación estratégica, el desafío que tiene por el cambio a las nuevas instalaciones, el objetivo general de la planificación del periodo 2023-2027, la metodología a seguir, los productos esperados, organización del trabajo y cronograma de realización.
Taller 1: Principios de la estrategia institucional
Se realizó un primer taller con el equipo directivo el día 13 de junio entre 09:00 y 13:00 horas. El segundo taller convocó a representantes de las subdirecciones y se realizó con fecha 29 de junio, entre las 09:00 y 13:00.
Estos talleres, dirigidos al equipo directivo y jefaturas, tuvieron por objetivo preparar al equipo directivo en los principios de la estrategia, y metodologías aplicadas al proceso de formulación de la estrategia, para lograr definir una propuesta de definiciones estratégicas para la Institución.
Focus Group pacientes y gremios
Se llevaron adelante durante los meses de junio, julio y agosto una serie de actividades en modalidad <i>Focus group</i> con pacientes y gremios, que tenían por objetivo conocer los aspectos positivos y negativos del desempeño de la Institución con relación a la situación actual y a los desafíos que se visualizan.

Aplicación de encuesta y actividades de despliegue

Entre el 23 de agosto y 1 de septiembre se aplicó una encuesta y se mantuvo una estrategia de acompañamiento en terreno. Con el objetivo de incorporar a la totalidad de funcionarios/as del Incáncer, es decir todos los estamentos, se aplicó encuesta de respuesta online confeccionada en Qualtrics® poniendo a disposición de todos los funcionarios preguntas sobre las temáticas que deben estar presentes en la estrategia del Incáncer, elaboradas en lenguaje simple, junto con la medición de aprobación sobre la visión, misión y valores, con apertura a nuevos aportes para estas definiciones.

En este plazo se realizaron reuniones y respondieron consultas, presencialmente y por correo electrónico, por parte del equipo consultor. Este trabajo estuvo apoyado por el equipo de Comunicaciones del Incáncer y de la Escuela de Salud Pública, quienes aportaron con el despliegue y la estrategia comunicacional.

Talleres complementarios

Los días lunes 4 y miércoles 6 de septiembre se realizaron talleres entre las 09:00 y 13:00 horas.

La sesión del 4 de septiembre tuvo por objetivo la revisión de los insumos considerados para las Definiciones Estratégicas, y para la confección de los Objetivos Estratégicos que componen el Mapa Estratégico Corporativo del Incáncer. Se presentó el trabajo avanzado a la fecha que contenía las definiciones preliminares de Visión, Misión y Valores, y las definiciones preliminares de Objetivos Estratégicos con la justificación levantada producto de actividades previas.

También se presentaron resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios. Participaron de la sesión el equipo directivo, junto con jefaturas, más otros representantes de unidades.

La sesión del 6 de septiembre tuvo por objetivo la revisión de los insumos considerados para las Definiciones Estratégicas, y para la confección de los Objetivos Estratégicos que componen los Mapas Estratégicos de cada una de las Subdirecciones del Incáncer. Se presentó el trabajo avanzado a la fecha que contenía las definiciones preliminares de Visión, Misión y Valores, y las definiciones preliminares de Objetivos Estratégicos de las Subdirecciones, con la justificación levantada producto de actividades previas.

También se presentaron resultados de encuesta aplicada a los funcionarios. Participaron las jefaturas de las subdirecciones junto con las jefaturas de unidades y representantes adicionales asociados a cada subdirección.

Adicionalmente se realizó una reunión con las Subdirecciones el día martes 10 de octubre de 08:00 a 10:00 horas, con el objetivo de revisar los objetivos estratégicos definidos para cada una de las Subdirecciones, y ver cómo se relacionan estos objetivos entre las subdirecciones para establecer las necesarias colaboraciones entre los equipos.

Segunda reunión ampliada

Se realizó el día viernes 12 de octubre a las 08:15 horas en el Auditorio del Instituto Nacional del Cáncer, y contó con la participación del equipo consultor, equipo directivo, y funcionarios que participaron de manera presencial, y quienes estuvieron conectados de manera remota, puesto que la presentación se transmitió en directo a la comunidad del Instituto.

En resumen, se expuso sobre los avances del proceso de planificación estratégica a la fecha, los resultados de la encuesta que permitió validar las definiciones estratégicas propuestas, y la presentación de una versión preliminar del mapa estratégico institucional.

Taller 2: Herramientas para implementar la estrategia exitosamente.

Entre el 24 y el 31 de octubre se realizaron 4 talleres entre las 09:00 y 13:00 horas.

El taller del 24 de octubre, tuvo por objetivo la confección de los tableros de comando que harán posible controlar la implementación del Plan Estratégico a nivel institucional. Participaron de este taller el equipo directivo más representantes de las distintas subdirecciones.

El taller del 26 de octubre, tuvo por objetivo la confección de los tableros de comando que harán posible controlar la implementación de los Objetivos Estratégicos de la Subdirección Médico Asistencial. Participaron de este taller la Subdirectora, Jefaturas y representantes de esta Subdirección.

El taller del 30 de octubre, tuvo por objetivo la confección de los tableros de comando que harán posible controlar la implementación de los Objetivos Estratégicos de la Subdirección Administrativa, Subdirección Médica de la Calidad y Subdirección de Gestión del Cuidado.

Participaron de este taller los Subdirectores/as, Jefaturas y representantes que definieron las Subdirecciones.

El taller del 31 de octubre, tuvo por objetivo la confección de los tableros de comando que harán posible controlar la implementación de los Objetivos Estratégicos de la Subdirección de Operaciones, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas y Subdirección Médica de Desarrollo Institucional. Participaron de este taller los Subdirectores/as, Jefaturas y representantes que definieron las Subdirecciones.

Taller 3: Implementación y alineamiento estratégico

Se realizó un primer taller con representantes de todas las Subdirecciones el día 11 de diciembre entre las 09:00 y 13:00 horas. El segundo taller convocó a representantes del equipo directivo, y se realizó con fecha 18 de diciembre, entre las 09:00 y 13:00.

El taller del 11 de diciembre tuvo por objetivo la revisión del Informe de Planificación, concentrado en los Mapas estratégicos y tableros de comando de las Subdirecciones del Incáncer, para lograr validaciones y coordinaciones cruzadas, con foco en el alineamiento organizacional. Participaron el equipo directivo y representantes de todas las Subdirecciones.

El taller del 18 de diciembre tuvo por objetivo la revisión del Informe de Planificación, concentrado en el Mapa estratégico y tablero de comando del Instituto Nacional del Cáncer, para lograr validaciones respecto del trabajo realizado con las Subdirecciones, con foco en el alineamiento organizacional. También se revisaron los factores clave de éxito que permitan la implementación del Plan estratégico en el horizonte de planeación definido. Participaron los integrantes del equipo e invitados.

III. El entorno del Incáncer

Como el Incáncer, al igual que las otras organizaciones de salud, no es una institución aislada, sino que se encuentra inmersa en un medio cambiante, con dinámicas que lo afectan y sobre las cuales el Incáncer también puede incidir, la exploración de visiones de actores relevantes es importante de considerar en el proceso de planificación.

Desde el Ministerio de Salud, actor en el cual convergen visiones desde diferentes perspectivas, existen las visiones institucionales, que en una gran proporción están determinadas por las misiones de sus unidades principales (Subsecretarías de Redes Asistenciales, de Salud Pública), pero también existen perspectivas políticas que derivan de las visiones de mundo de las autoridades de turno, que pueden modular las perspectivas institucionales antes indicadas. En efecto, hay visiones de mundo que son más o menos proclives a fortalecer el sistema público proveedor versus prestadores privados.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es un actor clave del entorno, pues el rol que ejerce es el de conductor de toda la red pública prestadora del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En este sentido, por su naturaleza de Instituto Nacional, el desarrollo del Incáncer no es un tema neutro para la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La historia desde la transformación hacia Incáncer evidencia los vaivenes de una relación que ha oscilado entre el apoyo y el obstáculo para el desarrollo del Incáncer. El último elemento es la decisión de reponer la infraestructura del Instituto, que tuvo varias postergaciones, mientras en paralelo se desarrollaban competidores privados. Más aún, la decisión de aprobación final del proyecto de reposición se logró debido al convencimiento y decidida defensa del proyecto por parte de las instancias técnicas correspondientes del Ministerio de Desarrollo Social, de la mano del equipo del Instituto y apoyo de referentes técnicos en los distintos niveles de decisión.

La visión que actualmente prevalece en la Subsecretaría es una que reconoce el rol del Instituto en la red pública oncológica nacional. Una vez superado el conflicto de visiones respecto de la modalidad de financiamiento de la construcción del nuevo edificio del

Incáncer (concesión v/s financiamiento estatal directo), lo esperable es una relación de apoyo durante los dos próximos años.

Más allá de ese horizonte de tiempo, es importante estar atentos al entorno político para poder determinar las estrategias que permitan una puesta en marcha del nuevo Instituto en las mejores condiciones posibles. En efecto, el proyecto de infraestructura y equipamiento tiene asociado una expansión de recursos humanos que será actualizada en la etapa final de desarrollo del proyecto y esa decisión es clave para la implementación plena del proyecto del Incáncer como Instituto Nacional, con sus dimensiones asistenciales, docentes y de investigación.

Por su rol, la Subsecretaría de Salud Pública no está involucrada en decisiones de la red asistencial. Sin embargo, la Subsecretaría de Salud Pública sí tiene a cargo el desarrollo de políticas relacionadas con cáncer. Más aún, una vez que se elaboró y aprobó el Plan Nacional de Cáncer, su seguimiento compete a esta Subsecretaría.

Debido a lo anterior, el mayor o menor valor que la Subsecretaría de Salud Pública pueda asignarle al Incáncer está relacionado con el mayor o menor involucramiento y apoyo del equipo del Instituto a la tarea de formulación e implementación de políticas que debe cumplir la Subsecretaría.

La perspectiva que hoy se percibe en la Subsecretaría de Salud Pública es de reconocimiento del Incáncer como actor relevante, pero existe bastante espacio para mejorar en el posicionamiento del Instituto frente a esta instancia, lo que requerirá de una estrategia clara orientada a este propósito.

En cuanto a FONASA, a lo largo del tiempo esta institución se ha ido especializando en la función de aseguramiento en salud, rol que cumple desde una perspectiva de seguro público. Desde dicha perspectiva, la visión que predomina en FONASA es la búsqueda de las mejores alternativas de proveedores de servicios para su población asegurada. El que dichos prestadores sean públicos o privados es una variable que, por el rol que compete a FONASA, tiene una categoría inferior a la de precio/cantidad. Otra variable relevante es calidad, pero su impacto en las decisiones desaparece cuando las instituciones prestadoras que se relacionan con FONASA están, necesariamente, acreditadas.

Actualmente, en el contexto de una visión política en la que predomina una valoración del sistema público prestador de salud, puede percibirse que esta visión también existe en FONASA, pero no al grado de afectar las decisiones basadas en maximizar el beneficio de mayor cantidad de prestaciones oncológicas con los recursos disponibles.

El Instituto depende de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte y este nivel, desde su rol de gestor de la red territorial del área norte de la Región Metropolitana, tradicionalmente ha apoyado el desarrollo del Instituto. Un indicador de este apoyo es la responsabilidad que le ha cabido a la Dirección del SSMN en el desarrollo de los estudios que condujeron a la decisión de reponer la infraestructura del Instituto.

Desde el rol que compete a la Dirección del SSMN, la relación descrita es consistente con el rol de gestor de la red del territorio geográfico a su cargo que le asigna el marco jurídico vigente (Ley 19.937 de autoridad sanitaria), pues un mayor desarrollo del Instituto es funcional a mejoramiento de la respuesta de la red del SSMN a las necesidades de salud de la población a cargo. Sin embargo, en una perspectiva de desarrollo futuro, en la que el Instituto se fortalezca como establecimiento de referencia nacional, no puede descartarse un conflicto de visiones entre responsabilidades asistenciales de base geográfica local (territorio del SSMN) y responsabilidades asistenciales de alta complejidad (perspectiva geográfica nacional). Es importante tener presente esta posibilidad de tensión, de modo de generar estrategias que permita abordarla de una manera prudente y sabia, que permita ir conciliando la perspectiva local y la nacional.

IV. Análisis interno del Incáncer

A partir del trabajo realizado en los Talleres, reuniones y revisión de información se levantó un análisis interno, y se revisaron las competencias centrales del Incáncer, que fueron insumos tanto para las definiciones estratégicas establecidas, como para los objetivos y mecanismos de control.

4.1 Principales Fortalezas del Incáncer

Fortalezas a nivel de Incáncer

RESPECTO DE LA RELACIÓN CON LOS USUARIOS	RESPECTO A ASPECTOS FINANCIEROS
<ul style="list-style-type: none"> – Hay buen trato y buena relación con los pacientes. – Buena generación de vínculos con pacientes y familias. – En cuanto a manejo de patologías se es muy confiable. – La percepción del usuario es que recibe un buen tratamiento. – Especialización en el manejo de pacientes oncológicos. – Los pacientes son “seleccionados”, vienen con un problema puntual y generalmente ya diagnosticados. – La atención es oportuna y la caracteriza el buen trato, además está centrada en las necesidades y en la experiencia del usuario. – La experiencia del equipo entrega seguridad a los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ordenado y optimizado manejo financiero, se hace un eficiente uso de los recursos. – Existencia de mecanismos de control y reportabilidad en los indicadores presupuestarios. – Ha aumentado considerablemente el subtítulo 21 hasta el año 2023.¹ – Hay pabellones funcionando los sábados, situación que antes no ocurría. – Se está licitando con empresas externas. – Está asegurado el sueldo y las leyes sociales a los trabajadores. – Se dispone de insumos especiales, relativamente difíciles de conseguir en otras partes. – Ley del Cáncer y de GES, permiten recibir recursos bien definidos y gestionables.

¹ Por condiciones de cierre 2023 y presupuesto el tema de honorarios se ha transformado en una amenaza por las restricciones en su tratamiento

<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral, basada en un equipo multidisciplinario. - Siempre está presente el sentido de urgencia de este tipo de patologías. 	
<p>RESPECTO A PROCESOS INTERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - El trato no deja de ser humanizado aún en condiciones adversas. - Cada área sabe donde tiene sus oportunidades de mejora. - Se cuenta con compromiso, organización y respuesta. - Se cuenta con conocimientos en áreas específicas y transversales. 	<p>RESPECTO A SU PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento del capital humano - Profesionales altamente calificados y con alto grado de compromiso. - Buena relación entre equipos desde el punto de vista clínico. Relación horizontal. - La llegada de gente joven ha fortalecido los equipos. - Existe investigación y existe docencia. Se hace formación de especialistas. - El alto nivel de especialización, profesionalismo, compromiso y vocación de servicio. - Se genera un trabajo cooperativo entre los distintos equipos clínicos. - Buen trato entre los distintos equipos y estamentos. - Existen equipos especializados que no tienen todos los recintos públicos. - Capacidad de adaptación de los equipos de salud a la precariedad de la infraestructura existente. La creatividad dentro de los equipos y ser propositivos.
<p>RESPECTO A LA INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progresivamente se han ido complejizando los equipos. - Equipamiento acorde a la infraestructura. - Alta tecnología en radioterapia y medicina nuclear, por ejemplo. - A pesar de las limitaciones, se garantiza continuidad operacional. - Sistemas que permiten el monitoreo de la gestión de calidad del establecimiento. 	<p>OTRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay estabilidad laboral. - Proyecto del nuevo hospital. - Desarrollo de algunas áreas como investigación. - Espacio propicio para que el personal pueda formarse. - Trabajadores entienden que la Misión y Visión de la Institución es la atención centrada en el usuario oncológico y la mejora de su enfermedad.

4.2 Principales Debilidades del Incáncer

Debilidades a nivel de Incáncer

<p>RESPECTO DE LA RELACIÓN CON LOS USUARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Baja o nula participación de usuarios (en el proceso de atención y en gobernanza), pese a que hay espacios. – Falta de contactabilidad, desde el hospital a los pacientes y viceversa. Se usa poco webmail, no hay call center, no hay un rápido mecanismo de comunicación. – La institución se encuentra superada respecto a la demanda existente, no en calidad, sino que en cantidad. – Falta de oportunidades para algunas especialidades (oncología médica). – No contar con servicios para atender urgencias de pacientes. Los pacientes esperan que el hospital abra en vez de ir a otro lugar. – El nombre de “Instituto Nacional” genera altas expectativas en el paciente que son difíciles de cumplir. En la práctica no funciona como “institución nacional”. – El espacio físico para recibir adecuadamente a los pacientes de los estudios clínicos es insuficiente. 	<p>RESPECTO A ASPECTOS FINANCIEROS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hay rigidez para la gestión financiera, evidenciado en mucha burocracia. – Muchas buenas intenciones terminan sin concretarse. No siempre se cuenta con recursos suficientes para dar resolución a las necesidades. – Escasa participación de los equipos en cómo se disponen los recursos. – Escasa información periódica sobre la gestión y el estado de los recursos financieros. – Pertener al servicio de salud significa a veces trabas para allegar recursos al Instituto.
<p>RESPECTO A PROCESOS INTERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Falta de coordinación, comunicación y respuesta oportuna hacia los usuarios internos, respecto de sus consultas y reclamos. – Nodos de coordinación con otros establecimientos en que hay interdependencia o cartera compartida. – Brecha jerárquica entre jefes y subalternos. – Procesos fraccionados. 	<p>RESPECTO A SU PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fuga del recurso humano especializado (especialistas médicos, enfermeros) se especializan y luego se van. Hay una inversión en la gente y luego se van por múltiples motivos (temas de calidad, remuneraciones, agotamiento, sobre exigencia). – Formación deficiente de trabajadores nuevos. – Nulo o poco trabajo en equipo.

Plan Estratégico 2023 – 2027



<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para cambiar la cultura organizacional. - Formalización de procesos críticos. Hace falta rediseño. - Una de las principales debilidades es la brecha Informática. Además de la falta de modernización, se observa una falta de consolidación y priorización (optimización). - No hay Ficha Clínica Electrónica completa - Las unidades de apoyo no funcionan las 24 hrs. No existe respuesta para requerimientos fuera de horario (exámenes, medicamentos, etc) - Falta integración entre unidades especializadas, saber qué se hace, cómo se trabaja, conocer cómo funcionan y cómo se comunican. Genera redundancia. - Hay roles que no se conocen y algunos de ellos pueden ser redundantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay bajo conocimiento de los deberes funcionarios. - Alto ausentismo. - Clima laboral deteriorado. - Equipos con foco en los problemas individuales de equipos, más que en la visión global. - No contar con una carrera funcionaria. - Falta de empatía por los colegas, no así con los pacientes. - Resistencia al cambio respecto a algunas modernizaciones (p.e. telemedicina, ficha electrónica).
<p>RESPECTO A LA INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de infraestructura impacta a todo el resto de áreas. - Existe deterioro e insuficiencia de espacios, en muchas áreas no se logra un estándar mínimo. - No hay estacionamiento para pacientes. - No hay áreas para ingreso de personas con capacidades reducidas, especialmente en el área administrativa. - Infraestructura para soportar los Sistemas informáticos deficientes. 	<p>OTRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horario de atención limitado (únicamente de 8 a 5). - Brecha de informatización. - Falta de evaluación de resultados sanitarios para tomar decisiones. - Faltan redes de apoyo con otras instituciones de salud - No hay un posicionamiento de marca, muchas veces incluso nos confunden con la FALP. - Autogestionados en RED no es real. Autoridad de turno define prioridades, indicadores y recursos.

4.3 Competencias centrales de la Institución

A partir de la información recopilada en los Talleres, reuniones, análisis de la documentación disponible y entrevistas y focus group con actores relevantes para el Incáncer, se desprende el siguiente análisis de competencias.

Dimensión	Observaciones
<p>Capital humano (saberes, competencias, destrezas, información y conocimientos existentes, tanto individuales como acumulados),</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alto conocimiento y experiencia del personal que trabaja en el Incáncer. - Alto nivel de creatividad dentro de los equipos. - Equipos de personas proactivos y propositivos. - Vocación de servicio del personal.
<p>Capital simbólico (prestigio y legitimidad otorgada por los ciudadanos y vecinos),</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento explícito de los pacientes (focus group) de la calidad profesional y humana del personal del Incáncer. - Se reconoce buen trato y buena relación con los pacientes. - Institución muy confiable en cuanto al manejo de patologías oncológicas. - La percepción del usuario es que recibe un buen tratamiento.
<p>Capital financiero (recursos económicos disponibles),</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se percibe una organización ordenada financieramente, organizando y asignando correctamente los escasos recursos con los que se cuenta. - Se aumentó el pago a honorarios durante el año 2023, pero se aprecian restricciones para el año 2024. - Priorización en la asignación de recursos. Por ejemplo, hay pabellones funcionando los sábados, lo que antes no ocurría. - Se está licitando con empresas externas.

	<ul style="list-style-type: none"> – Está asegurado el sueldo y las leyes sociales a los trabajadores.
Capital político (potencial de influencia y facultades normativas)	<ul style="list-style-type: none"> – En el entorno directo de la Institución: Ministerio, Subsecretarías, se percibe al Incáncer como un actor relevante, y se tiene la expectativa de que aumente su posicionamiento respecto a la participación en políticas públicas del cáncer.
Capital social (redes interinstitucionales, redes comunitarias y coordinaciones internas)	<ul style="list-style-type: none"> – Vínculo de dependencia con el Ministerio y Servicio de Salud Metropolitano Norte que se presenta como una relación donde deben prevalecer sus ámbitos de capacidades y experiencia. – Relación mejorable con gremios, que se plasme en un efectivo plan de comunicaciones internas. Por otro lado, las coordinaciones internas requieren ajuste, por lo tanto, abordar esta temática como estratégica es un desafío para la institución. – Vínculos a través de convenios de colaboración en ámbitos de desarrollo como docencia, investigación e innovación (Universidades, industria, CENS, etc.)

V. Definiciones Estratégicas del Incáncer

5.1. Visión

“Ser un centro líder en el desarrollo de la red oncológica nacional, en materia de atención integral del paciente oncológico, la docencia, investigación e innovación, que contribuye a la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer”

5.2. Misión

“Somos un centro asistencial público de salud, docente, investigador e innovador, que incorpora prácticas basadas en evidencia y las pone al servicio de los pacientes oncológicos, su familia y la comunidad, con una mirada integral y humanizada, basada en el compromiso permanente de un personal altamente especializado”

5.3. Valores

Excelencia: Realizar un tratamiento de calidad y basado en la evidencia según las necesidades de cada paciente.

Probidad: Observamos una conducta funcionaria intachable, un desempeño honesto y leal, con preeminencia del interés general sobre el particular.

Liderazgo: Tener la capacidad de motivar y movilizar a los equipos, y conducirlos para el cumplimiento de la misión y de la visión.

Compromiso: Sentir como propios los objetivos de la organización, así como su misión y visión.

Solidaridad: Buscar el bien común, con un sentido de colaboración para conseguir los mejores resultados para nuestros pacientes.

Equidad: Dar a cada paciente lo que necesita en función de los recursos disponibles.

Humanidad: Poner al centro a la persona por sobre la enfermedad.

Integridad: Adherir a los más altos principios de profesionalismo, ética y responsabilidad, para ser dignos de la confianza que nuestros pacientes depositan en nosotros.

Respeto: Tratar a todos los integrantes de nuestra comunidad con dignidad y sin discriminación.

VI. Objetivos Estratégicos del Incáncer

A partir de la revisión y discusión sobre los aspectos internos evaluados con los participantes de los Talleres realizados, se obtuvieron los siguientes Objetivos Estratégicos, agrupados en dimensiones:

6.1. Objetivos Estratégicos nivel de Políticas Sanitarias del Incáncer

1	<i>Orientar las acciones hacia el cumplimiento de las políticas públicas en materia de salud.</i>
2	<i>Asegurar una atención segura y de calidad.</i>
3	<i>Potenciar la capacidad de gestión local y con la red.</i>

6.2. Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as del Incáncer

1	<i>Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente.</i>
2	<i>Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.</i>
3	<i>Fortalecer un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.</i>
4	<i>Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional.</i>
5	<i>Avanzar en complejización y ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, para el tratamiento de la enfermedad.</i>
6	<i>Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con el cáncer.</i>

6.3. Objetivos Estratégicos nivel Financiero del Incáncer

1	<i>Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.</i>
2	<i>Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo del uso de los recursos, para aportar a la probidad y transparencia.</i>
3	<i>Sinergizar los aspectos legales con los de gestión interna para el manejo de recursos y ejecución de proyectos.</i>

6.4. Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos del Incáncer

1	<i>Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la institución.</i>
2	<i>Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización.</i>
3	<i>Establecer una política de gobernanza de la información al interior de la organización junto con el levantamiento de definiciones institucionales para la mejora en la gestión de la información.</i>
4	<i>Avanzar en la transformación digital de la institución.</i>
5	<i>Establecer e implementar un plan de transición y gestión del cambio para el período, hasta la puesta en marcha del nuevo INC.</i>

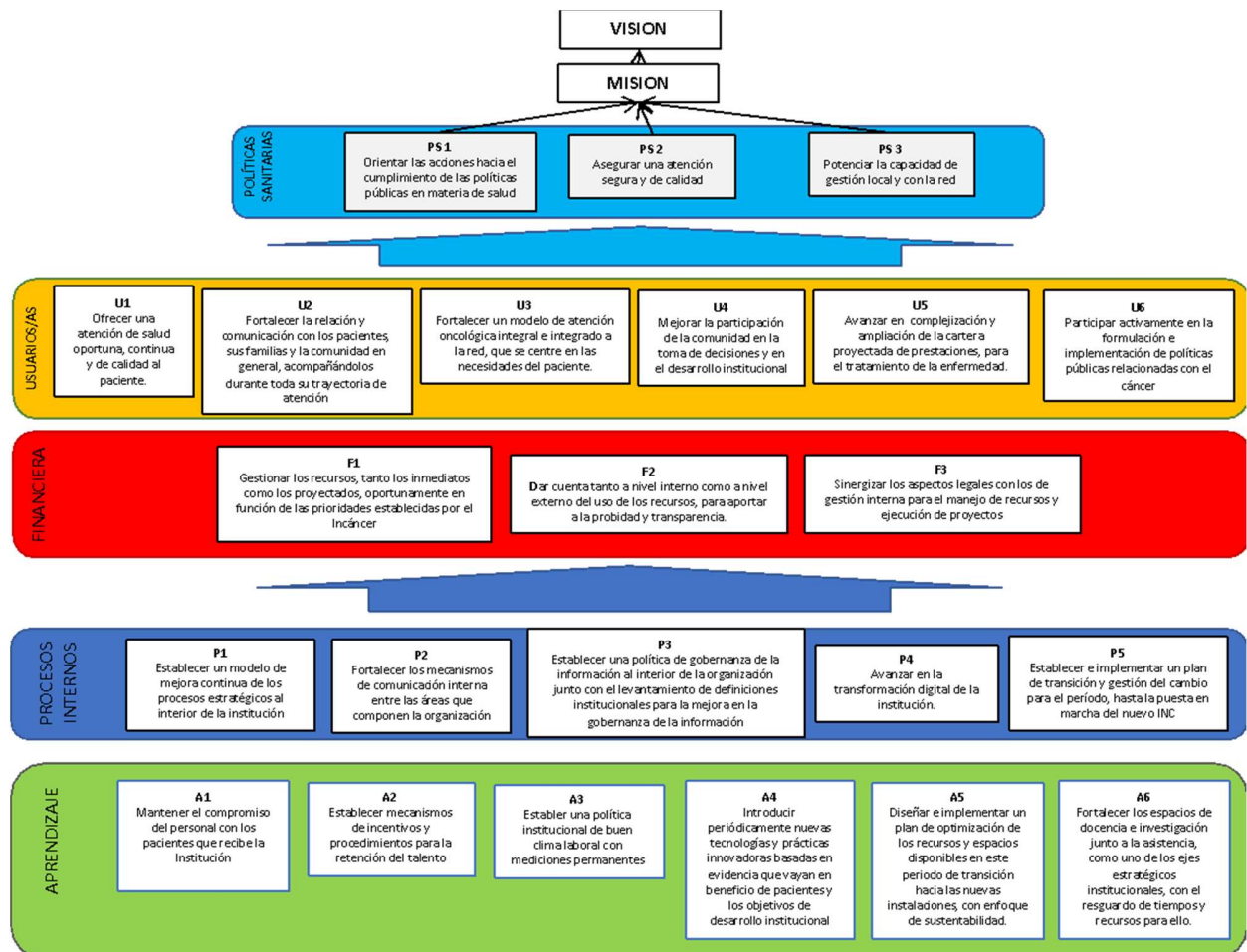
6.5. Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje del Incáncer

1	<i>Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución.</i>
2	<i>Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento.</i>
3	<i>Establecer una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.</i>
4	<i>Introducir periódicamente nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia que vayan en beneficio de pacientes y los objetivos de desarrollo institucional.</i>
5	<i>Diseñar e implementar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones, con enfoque de sustentabilidad.</i>
6	<i>Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.</i>

VII. Mapa Estratégico del Incáncer

A partir de la revisión y discusión de los Objetivos Estratégicos, se confecciona el Mapa Estratégico Institucional, obteniéndose:

Esquema 1: Mapa Estratégico Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

VIII. Tablero de Comando del Incáncer

El Balanced Scorecard general del Incáncer es una consecuencia de las estrategias globales estipuladas de acuerdo a la misión y visión del hospital, pero al mismo tiempo, es un efecto que se desagrega a los objetivos de cada Balanced Scorecard de sus respectivas subdirecciones.

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA POLÍTICO SANITARIA									
PS1	Orientar las acciones hacia el cumplimiento de las políticas públicas en materia de salud	Porcentaje de cumplimiento metas sanitarias: Leyes nº 18834, 19664 y 20707	Instrumento de medición definido por el MINSAL	100%	100%	100%	100%	Mantener	Depto. Control de Gestión, a través de informe de entidad evaluadora
PS2	Asegurar una atención segura y de calidad	Cumplimiento proceso de acreditación (reacreditación) prestadores de atención cerrada	Instrumento de evaluación definido por el MINSAL	100%	100%	100%	100%	Mantener	Depto. de Calidad, a través del informe de acreditación de entidad evaluadora.
PS3	Potenciar la capacidad de gestión local y con la red	Cumplimiento Instrumento EAR (Establecimientos Autogestionados en Red)	Instrumento de Evaluación Establecimientos Autogestionados en Red (MINSAL, DIPRES)	100%	100%	100%	100%	Mantener	Dirección / Dpto. Control de Gestión Incáncer, a través de informe anual.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente	Índice de calidad de atención del paciente	(Número de pacientes que otorgan nota 6 o 7, en escala de 1 a 7) / Total de pacientes encuestados) x 100	Al menos 90%	>=90%	>=90%	>=90%	Mantiene o Creciente	Unidad de Estadísticas
U2	Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención	Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	IEVPO= (NPT-(NE+NTE))/NPT * 100 <i>Donde:</i> - NPT es el número total de pacientes encuestados. - NE es el número de pacientes que expresaron una experiencia negativa. - NTE es el número de pacientes que tuvieron una experiencia neutral.	95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección Administrativa, Subdirección de Operaciones, Subdirección Médica de Calidad, Subdirección Médica de Gestión Asistencial, Subdirección Médica de Desarrollo Institucional

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
U3	Potenciar un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente	-Rediseño del Modelo de atención con incorporación de perspectiva de pacientes y humanización de atención. -Fortalecimiento coordinación y continuidad de la atención de nuestros pacientes oncológicos en la red.	Modelo de atención rediseñado con participación de representantes de pacientes y actores de la red. -Consultorías para el abordaje en red de pacientes oncológicos -Fortalecimiento de la gestión de casos con foco en seguimiento de trayectoria de atención y aseguramiento de continuidad de atención	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Entrega efectiva de los informes una vez al año	Documento levantamiento actualización modelo de atención y bitácora espacios de trabajo con participación de pacientes o sus representantes Cartera de servicios y reportes de producción de consultorías con la red (SSMN o Macro-red) -Procedimiento de gestión de casos formalizado con incorporación de seguimiento de trayectoria de atención y monitoreo de tiempos de atención.
U4	Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional	Participación de la comunidad	Levantamiento de procedimiento para recoger iniciativas o necesidades de los pacientes a través de la sociedad organizada y representantes de funcionarios (Número de propuestas de la	10%	10%	10%	10%	Creciente	Se cuenta con un mecanismo formal para levantar propuestas de la comunidad (consejo asesor)

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
			comunidad incorporadas al plan estratégico) / Total de propuestas efectuadas por la comunidad						
U5	Avanzar en complejización y ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, indispensables para el tratamiento de la enfermedad	Índice de complejización y ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, incluyendo desarrollo de telemedicina	(Prestaciones complejas, nuevas o telemáticas incorporadas año t/ Total prestaciones complejas o nuevas proyectadas año t)*100	80%	50%	65%	80%	Creciente	Unidad de registros y estadísticas
U6	Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con el cáncer	Número de reuniones semestrales con participación de representantes de la Institución, ya sean unidades, agrupaciones o subdirecciones, que tienen por temática promover la visibilización institucional para la generación de conocimiento y toma de decisiones de política pública	Número de reuniones con participación de representantes de la Institución, ya sean unidades, agrupaciones o subdirecciones que tienen por temática promover la visibilización institucional para la generación de conocimiento y toma de decisiones de política pública	>2	Si o No	Si o No	Si o No	Creciente	Registros y Actas de Reuniones

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer	- Conformación y puesta en marcha de "Comité de Priorización de la Gestión Financiera Institucional"	- (N° de iniciativas financiadas priorizadas / N° de iniciativas financiadas) // Alternativamente: Cantidad de iniciativas financiadas externas a la priorización.	80%	80%	80%	80%	Crecimiento / Alternativamente: Decrecimiento	- Reuniones mensuales del "Comité de priorización".
F2	Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo para aportar a la probidad y transparencia	Transparencia activa y probidad	- Rendición de cuentas a los usuarios a través de un consejo consultivo, una vez al año.	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Entrega efectiva de los informes una vez al año	- Reuniones periódicas (cuatrimestrales) del consejo técnico (a través de un cronograma).
F3	Sinergizar los aspectos legales con los de gestión interna para el manejo de recursos y ejecución de proyectos	- Rediseño de procesos administrativos con fortalecimiento de roles y responsabilidades de los involucrados	- Procedimiento documentado rediseñado con identificación de roles, responsabilidades y tareas de involucrados en cada Servicio-Unidad - Plan de capacitación en procesos y responsabilidades administrativo-financieras vinculadas al procedimiento	Año 1 formulación y validación, a partir del año 2, monitoreo cumplimiento (meta sobre 80% cumplimiento)	80%	80%	80%	Crecimiento	Manual de Procedimientos Administrativos actualizado, resolución referentes o responsables por servicio-unidad, plan-informe capacitación

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la institución	- Definición de procesos y subprocesos priorizados con su estimación de brecha de optimización con enfoque de transformación digital y centrado en los pacientes .	- Definición de procesos y subprocesos priorizados formalizada - Documentación y propuesta de rediseño con identificación de brecha en año t para procesos y subprocesos priorizados	SI/NO 50% anual	SI/NO 50%	SI/NO 50%	SI/NO 50%	Crecimiento	Resolución de procesos y subprocesos priorizados, documentación de los procesos actuales, propuesta de rediseño y brecha
P1	Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la institución	- Porcentaje Cumplimiento Plan de Mejora Procesos Priorizados	- (Total de procesos prioritarios con cumplimiento de cierre de brecha año t) / (total de procesos prioritarios con cierre de brecha planificado- año t) x 100 (etapas por año en una lógica de plan de transición 2024-30 a puesta en marcha nuevo INC)	a partir del año 3, 80% anual	n/a	n/a	80%	Crecimiento	- Informe de plan de cierre de brecha, validado por Unidad de Control de Gestión.
P2	Fortalecer los mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización	- Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones por Subdirección.	- (Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el año t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el año t) x 100	Mayor al 80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Acta de reuniones y registro de distribución, a través de Unidad de Control de Gestión y participación del área de Comunicaciones

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
P2	Fortalecer los mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización	- Porcentaje de comités con continuidad de funcionamiento y estructura-procedimiento actualizado	- Resolución que ratifica comités transversales activos. - Comités con resolución y cronograma de reuniones - Porcentaje de reuniones/actividades ejecutadas / reuniones/actividades programadas vigente	100% formalización y mayor al 70% cumplimiento cronograma reuniones/actividades	70%	70%	70%	Crecimiento	Resoluciones, Acta de reuniones
P3	Establecer una política de gobernanza de la información al interior de la organización junto con el levantamiento de definiciones institucionales para la mejora en la gestión de la información	- Política de Gobernanza de la Información Institucional (PDGI) formalizada y difundida	Existencia de Política de Gobernanza Institucional con formalización de roles, estructura organizacional o funcional y procesos para su implementación y monitoreo	Política y estrategia de gobernanza de la información (PDGI) al interior de la institución formulada y formalizada	Si o No	Si o No	Si o No	No aplica	- Resolución que formaliza.
P3	Establecer una política de gobernanza de la información al interior de la organización junto con el levantamiento de definiciones institucionales para la mejora en la	Implementación de política de gobernanza de los datos (PDGI) al interior de la institución	(Total de actividades de la PGDI ejecutadas en el tiempo t/ total de actividades del PDGI programadas en el tiempo t) * 100	>=60%	20%	40%	60%	Crecimiento	- Memoria anual con verificables y documentación que respalda hitos de implementación

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
	gobernanza de la información								
P4	Avanzar en la transformación digital de la Institución	- Estrategia de transformación digital formulada y formalizada	Estrategia de transformación digital institucional formulada y formalizada	- Política y estrategia vigente formalizada y, difundida	Si o No	Si o No	Si o No	No aplica	- Resolución que formaliza estrategia y política institucional en la materia
P4	Avanzar en la transformación digital de la Institución	- Porcentaje de Cumplimiento del Proyecto de Transformación Digital	(Total de actividades del PTD ejecutadas en el tiempo t / Total de actividades del PTD programadas en el tiempo t) x 100	80%	80%	80%	80%	Crecimiento	- Informe avance Proyecto de Transformación digital, Unidad TICs, Comité TICs
P5	Establecer e implementar un plan de transición y gestión del cambio para el período, hasta la puesta en marcha del nuevo INC	- Formular plan de transición y gestión del cambio, articulando ámbitos de infraestructura, recursos humanos y gestión - Porcentaje de cumplimiento de plan de transición y gestión del cambio Institucional.	-SI/NO -(Total de actividades ejecutadas del plan Institucional en el año t / Total de actividades programadas del plan institucional en el año t) x 100	SI Año 1 formulación y validación, a partir del año 2, mayor al 60% de ejecución de lo programado	SI/NO 60%	SI/NO 60%	SI/NO 60%	Crecimiento	- Formalización equipo-responsables plan de transición - Informe cumplimiento plan de transición institucional y gestión del cambio previamente formulado y validado

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución	Porcentaje de funcionarios que será parte del plan de capacitación de la Institución	(N° de funcionarios capacitados / N° total de funcionarios que forman parte de la población objetivo del plan de capacitación) x 100	25% por año	25%	25%	25%	Mantención o crecimiento	Número de funcionarios efectivamente capacitados conforme a plan de Área Gestión de Personas.
A1	Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución	Mantener altos niveles de satisfacción usuaria y percepción de buen trato por parte de los pacientes atendidos por la institución.	- Tramo 1 en evaluación ministerial de trato usuario y % de satisfacción de usuarios que egresan de atención cerrada	Tramo 1 / sobre 80% de percepción de satisfacción usuaria pacientes egresados de hospitalización en el año	80%	85%	90%	Mantención o crecimiento	Encuestas oficiales
A2	Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento	Implementar plan de incentivos que promuevan la retención del talento	- Anotaciones de mérito personal por unidad/subdirección - % funcionarios/as que realizan programas de capacitación o formación con apoyo institucional (fondo comisión de becas o cometido para formación con sueldo) - Funcionarios/as con tiempo protegido para docencia e investigación (mismo que Objetivo A6)	Principal: En todas las unidades hay personal con anotación de mérito que reconoce su compromiso y aporte a la Institución Medidas complementarias: % funcionarios con apoyo para formación % funcionarios con participación en actividad docente o	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Acto administrativo con la aprobación

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
			- Capacitación continua - Tiempo protegido para actividad docente y de investigación	de investigación programada Ejecución fondos vía convenios asistenciales docente y programas propios de capacitación Programación actividad docente y de investigación					
A3	Establecer una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes	Tasa de satisfacción de los funcionarios	(Número de funcionarios insatisfechos (notas 1 a 4) en encuesta de clima laboral/ N° total funcionarios encuestados) x 100	Línea base en primer año, alcanzar 90% de satisfacción	70%	80%	90%	Crecimiento	Encuesta clima laboral y CEAL-SM
A4	Introducir periódicamente nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia que vayan en beneficio de pacientes y los objetivos de desarrollo institucional	Procesos clínicos y de apoyo informatizados	(N° procesos clínicos y de apoyo informatizados y en año t / N° total de procesos clínicos y de apoyo definidos y formalizados en la institución) x 100 (nuevos procesos clínicos por año)	15% por año	15%	15%	15%	Crecimiento	Documentación de procesos informatizados implementados validados en comité TICs, monitoreo de usabilidad y/o métricas según proceso, Mapa de procesos institucionales formalizado y con identificación de procesos priorizados

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
A4	Introducir periódicamente nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia que vayan en beneficio de pacientes y los objetivos de desarrollo institucional	Formalización espacio y procedimiento para la evaluación y recomendación de incorporación de tecnología y prácticas innovadoras al quehacer institucional. Prácticas basadas en evidencia que a través de metodologías/procedimientos de innovación se pilotean e implementan.	Formalización de Unidad y procedimiento (SI/NO), Cartera de proyectos de innovación vigente	100% Formalización y procedimiento primer año / desde segundo año, monitoreo de proyectos evaluados y tecnologías incorporadas con sus resultados	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Procedimiento con resolución vigente, actas de reunión, espacio definido para la evaluación y recomendación, informes de seguimiento de proyectos presentados e implementados en nuevo Comité de Innovación.
A5	Diseñar e implementar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones, con enfoque de sustentabilidad.	- Formulación de Master Plan de optimización de recursos y dependencias del Instituto para el período de transición INC (2024-2030)	Plan formulado / validado y difundido en toda la comunidad INC	- Sí, 100% Plan formulado / validado y difundido en toda la comunidad INC	Si o No	Si o No	Si o No	No aplica	Master Plan validado
A5	Diseñar e implementar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas	- Grado de implementación Master Plan del Hospital	(N° etapas implementadas del Master Plan / N° etapas planeadas en el Master Plan) x 100	60% de lo planificado por período* (supuesto en torno a % cumplimiento vinculado a recursos y viabilidad de gestión presupuestaria.)	60%	60%	60%	Crecimiento	Master Plan actualizado

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
INSTITUCIONAL									
	instalaciones, con enfoque de sustentabilidad.								
A6	Fortalecer los espacios de docencia e investigación, junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello	- Porcentaje de horas de docencia e investigación protegidas y programadas del personal institucional	Número de horas efectivas programadas para docencia e investigación año t / N° total de horas de contrato de personal médico/No médico con programación de actividades año t) x 100	- con un esperado de 15% a 25% del total de personal médico y no médico con programación de actividades, con crecimiento anual.	15%	20%	25%	Crecimiento	Resolución que asigna horas para docencia e investigación y definición de equivalencia entre docencia e investigación. Productividad/actividades de horas vinculadas a investigación y docencia informadas por CR según procedimientos.

IX. Plan Estratégico a Nivel de Subdirecciones

A partir del trabajo realizado en los Talleres, reuniones y revisión de información se levantó la información pertinente para las Subdirecciones, con el objetivo de establecer sus objetivos estratégicos y tableros de comando.

9.1. Subdirección de Gestión del Cuidado

Objetivos Estratégicos a nivel de Usuarios/as

1	<i>Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad en los ámbitos gestionables por la Subdirección.</i>
2	<i>Contribuir en la relación y comunicación de los pacientes y sus familias, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención por los diferentes centros de responsabilidad y unidades de apoyo del establecimiento</i>
3	<i>Desarrollar e implementar un modelo de atención de enfermería oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades de los pacientes y sus familias.</i>
4	<i>Fortalecer al recurso humano de la SDGC, en ámbitos y lineamientos referente a cuidados de enfermería del paciente oncológico.</i>
5	<i>Aportar desde el ámbito de la Subdirección experiencia y conocimientos, para la formulación de políticas y protocolos relacionados con los cuidados de enfermería del paciente oncológico en cualquier fase de su atención.</i>

Objetivos Estratégicos a nivel Financiero

1	<i>Lograr un uso eficaz, eficiente y efectivo de los recursos públicos, respaldado en la mejor evidencia existente para la entrega de cuidados en enfermería oncológica, considerando la salud mental y física de los colaboradores que entregan dichos cuidados.</i>
2	<i>Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección.</i>
3	<i>Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales con los aspectos normativos para una adecuada gestión de recursos y ejecución de proyectos relacionados directamente con la entrega de cuidados de enfermería en oncología.</i>

Objetivos Estratégicos a nivel de Procesos Internos

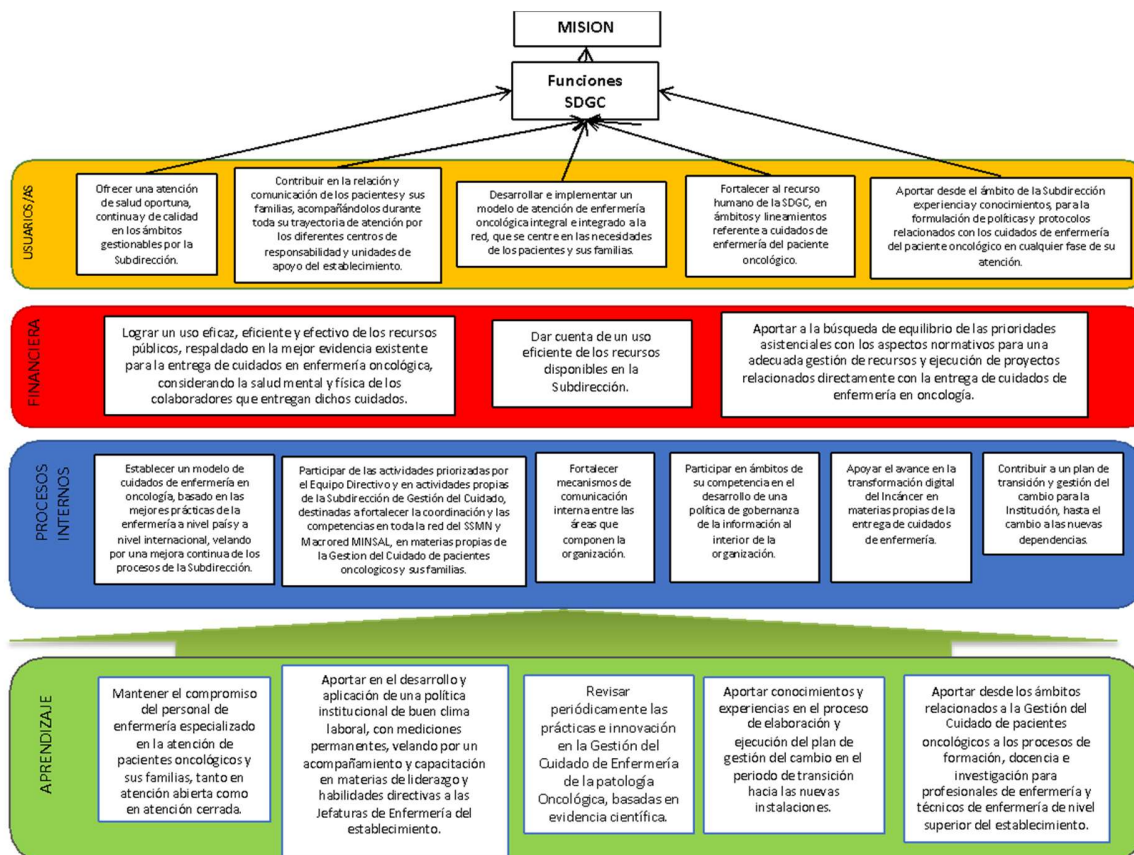
1	<i>Establecer un modelo de cuidados de enfermería en oncología, basado en las mejores prácticas de la enfermería a nivel país y a nivel internacional, velando por una mejora continua de los procesos de la Subdirección.</i>
2	<i>Participar de las actividades priorizadas por el Equipo Directivo y en actividades propias de la Subdirección de Gestión del Cuidado, destinadas a fortalecer la coordinación y las competencias en toda la red del SSMN y Macrored MINSAL, en materias propias de la Gestión del Cuidado de pacientes oncológicos y sus familias.</i>
3	<i>Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización.</i>
4	<i>Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización.</i>
5	<i>Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en materias propias de la entrega de cuidados de enfermería.</i>
6	<i>Contribuir a un plan de transición y gestión del cambio para la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>

Objetivos Estratégicos a nivel de Aprendizaje

1	<i>Mantener el compromiso del personal de enfermería especializado en la atención de pacientes oncológicos y sus familias, tanto en atención abierta como en atención cerrada.</i>
2	<i>Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral, con mediciones permanentes, velando por un acompañamiento y capacitación en materias de liderazgo y habilidades directivas a las Jefaturas de Enfermería del establecimiento.</i>
3	<i>Revisar periódicamente las prácticas e innovación en la Gestión del Cuidado de Enfermería de la patología Oncológica, basadas en evidencia científica.</i>
4	<i>Aportar conocimientos y experiencias en el proceso de elaboración y ejecución del plan de gestión del cambio en el periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.</i>
5	<i>Aportar desde los ámbitos relacionados a la Gestión del Cuidado de pacientes oncológicos a los procesos de formación, docencia e investigación para profesionales de enfermería y técnicos de enfermería de nivel superior del establecimiento.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección de Gestión del Cuidado

Esquema 2: Mapa Estratégico Subdirección de Gestión del Cuidado del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección de Gestión del Cuidado

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad en los ámbitos gestionables por la Subdirección.	Índice de calidad de atención del paciente generado por OIRS	$(\text{Número de pacientes encuestados que otorgan nota 6 o 7, en escala de 1 a 7}) / \text{Número de pacientes encuestados}) \times 100$	Al menos 90%	80%	85%	90%	Creciente	Encuestas satisfacción usuaria a cargo de SOME/OIRS y evaluación de Trato Usuario
U2	Contribuir en la relación y comunicación de los pacientes y sus familias, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención por los diferentes centros de responsabilidad y unidades de apoyo del establecimiento	Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	$\text{IEVPO} = \frac{(\text{NPT} - (\text{NE} + \text{NTE}))}{\text{NPT}} \times 100$	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Informes de Avance de la SDGC
U3	Desarrollar e implementar un modelo de atención de enfermería oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades de los pacientes y sus familias.	Desarrollar e implementar un modelo gestión del cuidado del paciente oncológico y su familia	Desarrollo e implementación de un modelo gestión del cuidado del paciente oncológico y su familia	Si	SI/NO	SI/NO	SI/NO	Mantención	Modelo de gestión del cuidado de pacientes oncológicos del INC

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
U4	Fortalecer al recurso humano de la SDGC, en ámbitos y lineamientos referente a cuidados de enfermería del paciente oncológico.	Porcentaje de actividades de capacitación y formación en enfermería oncológica	(Número de funcionarios de la SDGC capacitados en nuevos conocimientos relacionados a cáncer / Número de funcionarios de la SDGC)*100	80%	50%	75%	80%	Creciente	Unidad de capacitación y CR Docencia
U5	Aportar desde el ámbito de la Subdirección experiencia y conocimientos, para la formulación de políticas y protocolos relacionados con los cuidados de enfermería del paciente oncológico en cualquier fase de su atención.	Número de reuniones semestrales con participación de la Subdirección que tienen por temática la formulación de políticas y protocolos relacionados con los cuidados de enfermería de pacientes oncológicos	Número de reuniones con participación de la Subdirección que tienen por temática la formulación de políticas y protocolos relacionados con los cuidados de enfermería de pacientes oncológicos	>4	>4	>4	>4	Creciente	Registro de reuniones sobre temática de formulación de políticas y protocolos relacionados con los cuidados de enfermería en donde participe Subdirección Gestión del Cuidado
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Lograr un uso eficaz, eficiente y efectivo de los recursos públicos, respaldado en la mejor evidencia existente para la entrega de cuidados en enfermería	Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.	(Insumos Utilizados por unidad / Planificación de insumos anual por servicio clínico) x 100	Porcentaje de insumos utilizados (respecto a Línea de Base)	60%	70%	80%	Creciente	Entrega de informes locales por área de la SDGC al año. Creación del Equipo de Insumos Transversales de Enfermería de la SDGC

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
	oncológica, considerando la salud mental y física de los colaboradores que entregan dichos cuidados.								
F2	Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección.	Informe de licitaciones, tratos directos en que participa la SDGC	Presentación del informe (Si / No)	100%	Si o No	Si o No	Si o No	Mantención	Informe de gestión anual de la SDGC en materia de licitaciones y tratos directos, formalización mediante resolución exenta del Equipo de Insumos Transversales de Enfermería.
F3	Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales con los aspectos normativos para una adecuada gestión de recursos y ejecución de proyectos relacionados directamente con la entrega de cuidados de enfermería en oncología.	Porcentaje de proyectos ejecutados a cargo de la SDGC	(Número de proyectos iniciados a cargo de la SDGC en año t / Número de proyectos a cargo de la SDGC programados para el año t) x 100	100%	100%	100%	100%	Mantenerse.	Informe de gestión anual de la SDGC.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Establecer un modelo de cuidados de enfermería en oncología, basado en las mejores prácticas de la enfermería a nivel país y a nivel internacional, velando por una mejora continua de los procesos de la Subdirección..	Porcentaje de procesos de la SDGC priorizados en base a matriz de riesgo de la SDGC	$(\text{Total de procesos priorizados de la SDGC en año } t) / \text{total de procesos identificados de la SDGC en año } t) \times 100$	85%	33.3%	66.6%	85%	Crecimiento	Informe de cumplimiento de procesos priorizados por la SDGC
P2	Participar de las actividades priorizadas por el Equipo Directivo y en actividades propias de la Subdirección de Gestión del Cuidado, destinadas a fortalecer la coordinación y las competencias en toda la red del SSMN y Macrored MINSAL, en materias propias de la Gestión del Cuidado de pacientes	Porcentaje de Cumplimiento de Plan Anual de Actividades comprometidas por la SDGC.	$(\text{Total de actividades del plan anual de actividades realizadas por la SDGC en periodo } t / \text{Total de actividades programadas por la SDGC en periodo } t) \times 100$	80%	33.3%	66.6%	80%	Crecimiento	Acta de reuniones, informes de actividad , registros y listado de asistencias a través de la SDGC.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
	oncologicos y sus familias.								
P3	Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización.	Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de las SDGC con las otras subdirecciones y dirección.	(Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 90%	50%	70%	90%	Crecimiento	Acta de reuniones en materias de Gestión del Cambio y registro de actividades a través de la Unidad de Comunicaciones
P4	Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización.	Componentes de Gestión de Cuidado en Proyecto de Transformación Digital.	Existencia de Componentes de Gestión del Cuidado en Proyecto de Transformación Digital	100%	80%	90%	100%	Crecimiento	Presentación Proyecto de Transformación digital, a cargo del departamento de TI
P5	Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en materias propias de la entrega de cuidados de enfermería.	Porcentaje de Cumplimiento del Proyecto de Transformación Digital en materias propias de la SDGC.	(Total de actividades del PTD ejecutadas en el tiempo t / Total de actividades del PTD programadas en el tiempo t) x 100	80%	50%	75%	80%	Crecimiento	Informe avance Proyecto de Transformación digital, a cargo de la SDMDI

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
P6	Contribuir a un plan de transición y gestión del cambio para la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDGC incluidas en el plan de transición Institucional.	Total de actividades de la SDGC ejecutadas del plan de transición Institucional en tiempo t / Total de actividades de la SDGC programadas del plan de transición institucional en tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	95%	100%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Mantener el compromiso del personal de enfermería especializado en la atención de pacientes oncológicos y sus familias, tanto en atención abierta como en atención cerrada.	Porcentaje de funcionarios de la SDGC capacitados en temas de buen trato a pacientes	- (Nº de funcionarios de la SDGC capacitados en aspectos de buen trato a pacientes en año t / Nº cupos ofrecidos para funcionarios de la SDGC en aspectos de buen trato a pacientes en año t) x 100	75% por año	75%	75%	75%	Crecimiento	Número de funcionarios efectivamente capacitados conforme al plan anual de capacitación de la SDGP
A2	Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral, con mediciones permanentes, velando por un acompañamiento y capacitación en materias de	Porcentaje de jefaturas de enfermería de la SDGC capacitados en temas de prevención de Burnout, liderazgo y habilidades directivas.	(Número de jefaturas de enfermería pertenecientes a la SDGC que participan de las actividades programadas para la prevención del burnout, liderazgo y habilidades directivas/ Numero de jefaturas que pertenecen a la SDGC) x 100	100%	33,3%	66.6%	100%	Crecimiento	Cumplimiento programa de capacitación Subdirección Gestión de Personas

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
	liderazgo y habilidades directivas a las Jefaturas de Enfermería del establecimiento.								
A3	Revisar periódicamente las prácticas e innovación en la Gestión del Cuidado de Enfermería de la patología Oncológica, basadas en evidencia científica.	Porcentaje de cumplimiento de Programa de actividades en temas relacionados con innovación en la entrega de cuidados en pacientes oncológicos	N° de revisiones de prácticas de innovación por año	Mayor o igual 2	Mayor o igual 2	Mayor o igual 2	Mayor o igual 2	Crecimiento	Informe de programa de actividades: Calendario de Reuniones Clínicas de Enfermería, Reuniones Clínicas del INC, Jornadas de capacitación y actualización, congresos en materias de cáncer. Presentación en nuevo Comité de Innovación.
A4	Aportar conocimientos y experiencias en el proceso de elaboración y ejecución del plan de gestión del cambio en el periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.	Porcentaje de participación en reuniones de gestión del cambio del Incáncer	(N° de reuniones de participación de algún representante de la SDGC en año t / N° de reuniones fijadas en año t) x 100	100%	100%	100%	100%	Mantención	Listado de asistencia de reuniones de Gestión del cambio al nuevo Incáncer

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO									
A5	Aportar desde los ámbitos relacionados a la Gestión del Cuidado de pacientes oncológicos a los procesos de formación, docencia e investigación para profesionales de enfermería y técnicos de enfermería de nivel superior del establecimiento.	Programa de formación en enfermería oncológica para profesionales y Técnicos de Nivel Superior del Incáncer.	$(N^{\circ} \text{ EU y TENS del INC con formación en enfermería oncológica en año } t / N^{\circ} \text{ total de EU y TENS del INC en año } t) \times 100$	85% por estamento Enfermero/a y TENS al año	33.3%	66.6%	85%	Crecimiento	Informe anual de SDGP y CR Docencia

9.2. Subdirección Administrativa

Objetivos Estratégicos a nivel de Usuarios/as

1	<i>Proveer los servicios necesarios, en los ámbitos de su competencia, para garantizar una atención continua y oportuna en los distintos niveles de complejidad y problemas de salud que presenta el paciente, aportando al cierre de brechas conforme a los presupuestos autorizados y de acuerdo al marco normativo vigente.</i>
2	<i>Fomentar la participación de los usuarios internos y del Consejo consultivo de usuarios en la asignación y priorización de recursos financieros.</i>
3	<i>Disponer de las acciones encomendadas en su ámbito de competencias, tendientes a la ampliación y complejización de la cartera de servicios.</i>
4	<i>Generar instancias de comunicación y coordinación entre las subdirecciones y a distintos niveles, con el objeto de establecer planes de trabajo anuales y de contingencia.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer y de acuerdo a la cartera de servicios.</i>
2	<i>Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, a la rendición de cuentas públicas institucionales, bajo la normativa vigente.</i>
3	<i>Promover, desde el ámbito de sus competencias, el fortalecimiento de una cultura de disciplina financiera institucional.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos

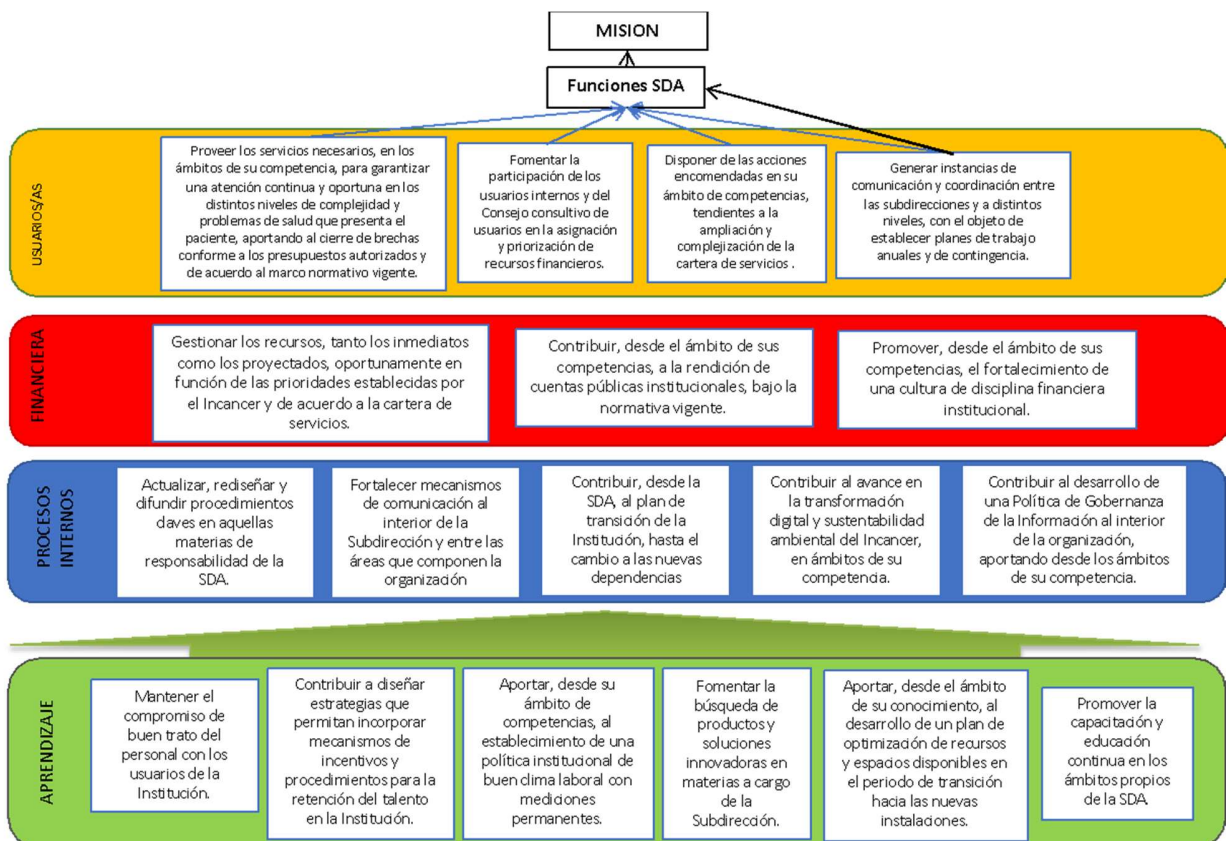
1	<i>Actualizar, rediseñar y difundir procedimientos claves en aquellas materias de responsabilidad de la SDA.</i>
2	<i>Fortalecer mecanismos de comunicación al interior de la Subdirección y entre las áreas que componen la organización</i>
3	<i>Contribuir, desde la SDA, al plan de transición de la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>
4	<i>Contribuir al avance en la transformación digital y sustentabilidad ambiental del Incáncer, en ámbitos de su competencia.</i>
5	<i>Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje

1	<i>Mantener el compromiso de buen trato del personal con los usuarios de la Institución.</i>
2	<i>Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.</i>
3	<i>Aportar, desde su ámbito de competencias, al establecimiento de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.</i>
4	<i>Fomentar la búsqueda de productos y soluciones innovadoras en materias a cargo de la Subdirección.</i>
5	<i>Aportar, desde el ámbito de su conocimiento, al desarrollo de un plan de optimización de recursos y espacios disponibles en el periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.</i>
6	<i>Promover la capacitación y educación continua en los ámbitos propios de la SDA.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección Administrativa

Esquema 3: Mapa Estratégico Subdirección Administrativa del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección Administrativa

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Proveer los servicios necesarios, en los ámbitos de su competencia, para tender a una atención continua y oportuna en los distintos niveles de complejidad y problemas de salud que presenta el paciente, aportando al cierre de brechas conforme a los presupuestos autorizados y de acuerdo al marco normativo vigente.	Índice de provisión de servicios de apoyo	(Número de servicios de apoyo ofrecidos en nivel de complejidad i / (Número de servicios de apoyo solicitado en nivel de complejidad i) x 100	95%	80%	90%	95%	Crecimiento	Subdirección de Gestión Administrativa.
U1	Proveer los servicios necesarios, en los ámbitos de su competencia, para tender a una atención continua y oportuna en los distintos niveles de complejidad y problemas de salud que presenta el paciente, aportando al cierre de brechas conforme a los presupuestos autorizados y de	Contribución a la construcción del Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	IEVPO= (NPT-(NE+NTE))/N PT * 100	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Subdirección de Gestión Administrativa.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
	acuerdo al marco normativo vigente.								
U2	Fomentar la participación de los usuarios internos y del Consejo consultivo de usuarios en la asignación y priorización de recursos financieros.	Índice de iniciativas priorizadas de los usuarios internos y del Consejo consultivo de usuarios con financiamiento	(Número de iniciativas con priorización de recursos solicitadas de los usuarios internos y del Consejo consultivo de usuarios / Total iniciativas con asignación de recursos en Incáncer) x 100	Al menos 10%	10%	10%	10%	Creciente	Subdirección de Gestión Administrativa
U3	Disponer de las acciones encomendadas en su ámbito de competencias, tendientes a la ampliación y complejización de la cartera de servicios	índice de cierre de brechas tendientes a la ampliación y complejización de la cartera de servicios	(Monto de financiamiento disponible para la ampliación y complejización de la cartera de servicios / Total monto de financiamiento para para la ampliación y complejización de la cartera de servicios)*100	80%	60%	70%	80%	Creciente	Subdirección Administrativa
U4	Generar instancias de comunicación y coordinación entre las subdirecciones y a distintos niveles, con el objeto de establecer planes de trabajo anuales y de contingencia.	Índice de instancia de comunicación y coordinación presupuestaria	(Número de planes de trabajo coordinados con Subdirecciones / Total de planes de trabajo con Subdirecciones)*100	50%	30%	40%	50%	Creciente	Subdirección Administrativa

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer y de acuerdo a la cartera de servicios.	Programas financieros por Unidades y C° de R°.	Programa Financiero por Unidad y Centro de Responsabilidad	95%	95%	95%	95%	Mantención / Incremento	Sujeto a la creación de los programas financieros
F2	Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, a la rendición de cuentas públicas institucionales, bajo la normativa vigente.	Eficiencia y transparencia en el uso de recursos solicitados	(N° de instancias de transparencia donde participa la SDA / N° de instancias de transparencia institucionales que requieren la participación de la SDA) x 100	100%	100%	100%	100%	Mantenerse	Difusión de presupuestos, proyecciones, indicadores, etc.
F3	Promover, desde el ámbito de sus competencias, el fortalecimiento de una cultura de disciplina financiera institucional.	Programa de fortalecimiento de una cultura de disciplina financiera institucional	Existencia del programa (Si / No)	Si	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Reporte de la SDA
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Actualizar, rediseñar y difundir procedimientos claves en aquellas materias de responsabilidad de la SDA.	Porcentaje de procedimientos claves de las unidades de la SDA actualizados	(Total de Procedimientos actualizados en el tiempo t/ total de procedimientos claves en el tiempo t) x 100	90%	50%	75%	90%	Crecimiento	Informe de procedimientos claves actualizados de la SDA.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
P2	Fortalecer mecanismos de comunicación al interior de la Subdirección y entre las áreas que componen la organización	Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de las SDA con las otras subdirecciones y dirección.	(Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 90%	70%	80%	90%	Crecimiento	Acta de reuniones y registro de distribución, a través de la SDA.
P3	Contribuir, desde la SDA, al plan de transición de la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDA incluidas en el plan de transición Institucional.	Total de actividades de la SDA ejecutadas del plan de transición Institucional en el tiempo t / Total de actividades de la SDA programadas del plan de transición institucional en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional
P4	Contribuir al avance en la transformación digital y sustentabilidad ambiental del Incáncer, en ámbitos de su competencia.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDA incluidas en el plan de transformación digital y sustentabilidad ambiental.	Total de actividades de la SDA ejecutadas del plan de transformación digital y sustentabilidad ambiental / Total de actividades de la SDA programadas del plan de transformación digital y sustentabilidad ambiental) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transformación digital y sustentabilidad ambiental

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
P5	Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDA incluidas en la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización.	Total de actividades de la SDA ejecutadas de la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización / Total de actividades de la SDA programadas de la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Mantener el compromiso de buen trato del personal con los usuarios de la Institución.	Iniciativas para mejorar el clima laboral en la SDA en la dimensión trato laboral	(Número de acciones implementadas por la SDA en la dimensión trato laboral / N° total de acciones propuestas en la dimensión trato laboral) x 100	Levantar línea base y alcanzar 70%	50%	60%	70%	Crecimiento	Plan de trabajo anual de clima laboral a cargo de SDGDP
A2	Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.	Implementar plan de incentivos que promuevan la retención del talento de los funcionarios de la SDA	N° funcionarios propuestos para anotaciones de mérito de la unidad/subdirección	Mayor o igual a 2	ε2	ε2	ε2	Crecimiento	Acto administrativo con la aprobación

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
A2	Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.	Implementar plan de incentivos que promuevan la retención del talento de los funcionarios de la Subdirección	Existencia de Plan de incentivos	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Acto administrativo con la aprobación. Plan proviene de SDGDP
A3	Aportar, desde su ámbito de competencias, al establecimiento de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.	Iniciativas para mejorar el clima laboral en la SDA	(Número de acciones implementadas por la SDA en año t / N° total de acciones propuestas en año t) x 100	Levantar línea base y alcanzar 70%	50%	60%	70%	Crecimiento	Plan de trabajo anual de clima laboral a cargo de SDGDP
A4	Fomentar la búsqueda de productos y soluciones innovadoras en materias a cargo de la Subdirección.	Productos y soluciones innovadoras en materias a cargo de la Subdirección.	Número de procesos que incorporen elementos innovadores en materias a cargo de la Subdirección.	Mayor o igual a 2 anual	ε2	ε2	ε2	Crecimiento	Informe de la SDA
A5	Aportar, desde el ámbito de su conocimiento, al desarrollo de un plan de optimización de recursos y espacios disponibles en el periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.	Porcentaje de participación de la SDA en el diseño y ejecución de los planes de optimización	(N° de proyectos con participación de la SDA en el diseño y ejecución de los planes de optimización / N° de proyectos de optimización totales del INC) x 100	85%	50%	75%	85%	Crecimiento	Máster Plan e informes de ejecución de proyectos

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA									
A6	Promover la capacitación y educación continua en los ámbitos propios de la SDA.	Porcentaje de funcionarios/as capacitados de la SDA de acuerdo a brechas identificadas	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios/as de la SDA capacitados de acuerdo a brechas} / \text{N}^\circ \text{ total de funcionarios/as de la SDA}) \times 100$	75%	50%	60%	75%	Crecimiento	Informe de requerimiento de capacitación anual de la SDA

9.3. Subdirección de Operaciones

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as

1	<i>Velar por la oportuna disponibilidad de infraestructura, equipamiento médico e industrial, vehículos y apoyo logístico en las mejores condiciones posibles, que permitan una atención de salud oportuna y de calidad.</i>
2	<i>Velar por el oportuno mantenimiento de infraestructura, equipamiento médico e industrial y vehículos en las mejores condiciones posibles, que permitan una atención oncológica integral e integrada a la red, que se centre en las necesidades del paciente.</i>
3	<i>Apoyar, desde sus ámbitos de competencia, las instancias de participación <u>interna y externa</u>, para la implementación de la toma de decisiones del Instituto.</i>
4	<i>Apoyar, desde sus ámbitos de competencia, el proceso de incorporación de nuevas especialidades priorizadas para el tratamiento de patología oncológica.</i>
5	<i>Apoyar desde el ámbito de sus competencias el proceso de participación en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Gestionar los recursos de la Subdirección de manera oportuna en función de las prioridades establecidas por el Incáncer y en base a niveles de servicios comprometidos.</i>
2	<i>Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección a nivel interno y externo, con inclusión de niveles de servicios.</i>
3	<i>Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades institucionales y marco normativo en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos con enfoque en la sustentabilidad ambiental.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos

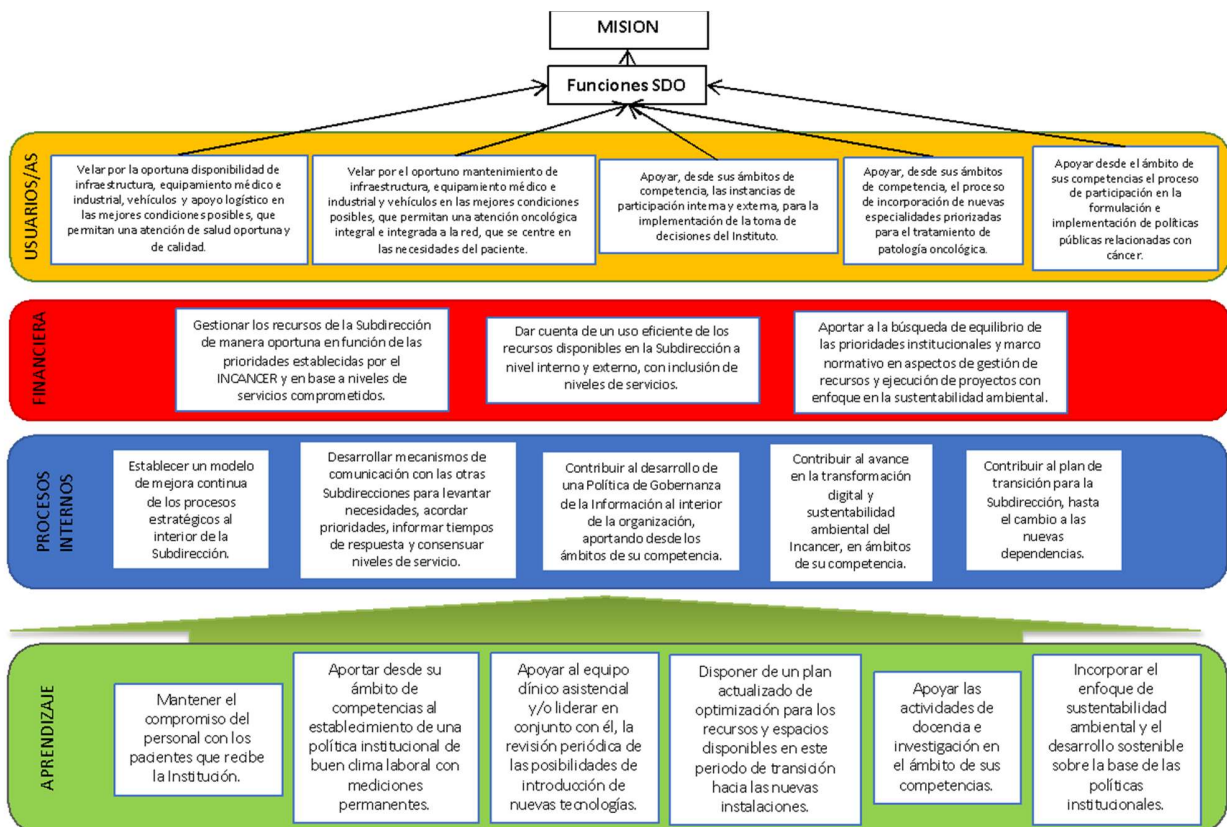
1	<i>Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la Subdirección.</i>
2	<i>Desarrollar mecanismos de comunicación con las otras Subdirecciones para levantar necesidades, acordar prioridades, informar tiempos de respuesta y consensuar niveles de servicio.</i>
3	<i>Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia.</i>
4	<i>Contribuir al avance en la transformación digital y sustentabilidad ambiental del Incáncer, en ámbitos de su competencia.</i>
5	<i>Contribuir al plan de transición para la Subdirección, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje de la Subdirección

1	<i>Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución.</i>
2	<i>Aportar desde su ámbito de competencias al establecimiento de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.</i>
3	<i>Apoyar al equipo clínico asistencial y/o liderar en conjunto con él, la revisión periódica de las posibilidades de introducción de nuevas tecnologías.</i>
4	<i>Disponer de un plan actualizado de optimización para los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.</i>
5	<i>Apoyar las actividades de docencia e investigación en el ámbito de sus competencias.</i>
6	<i>Incorporar el enfoque de sustentabilidad ambiental y el desarrollo sostenible sobre la base de las políticas institucionales.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección de Operaciones

Esquema 4: Mapa Estratégico Subdirección de Operaciones del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección de Operaciones

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Velar por la oportuna disponibilidad de infraestructura, equipamiento médico e industrial, vehículos y apoyo logístico en las mejores condiciones posibles, que permitan una atención de salud oportuna y de calidad.	Porcentaje de disponibilidad de recursos críticos y relevantes operativos	(Recursos críticos y relevantes operativos relacionados con acreditación) / (Total de recursos disponibles relacionados con acreditación) x 100	Mayor o igual a 70%	70%	70%	70%	Mantener	Subdirección de Operaciones
U1	Velar por la oportuna disponibilidad de infraestructura, equipamiento médico e industrial, vehículos y apoyo logístico en las mejores condiciones posibles, que permitan una atención de salud oportuna y de calidad.	Contribución a la construcción del Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	IEVPO= (NPT-(NE+NTE))/NPT * 100	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Subdirección de Operaciones

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
U2	Velar por el oportuno mantenimiento de infraestructura, equipamiento médico e industrial y vehículos en las mejores condiciones posibles, que permitan una atención oncológica integral e integrada a la red, que se centre en las necesidades del paciente.	Porcentaje de mantenimiento preventivo de infraestructura y equipamiento	(Número mantenimientos preventivos ejecutados/ Número de mantenimientos preventivos programados) x 100	80%	60%	70%	80%	Creciente	Subdirección de Operaciones
U3	Apoyar, desde sus ámbitos de competencia, las instancias de participación interna y externa, para la implementación de la toma de decisiones del Instituto.	Porcentaje de participación en instancias convocadas por la Dirección	(N° instancias en las que participa la SDO/ N° de instancias en las que se invita a la SDO por parte de la Dirección) x 100	90%	90%	90%	90%	Mantenerse	Actas de reuniones
U4	Apoyar, desde sus ámbitos de competencia, el proceso de incorporación de nuevas especialidades priorizadas para el tratamiento de patología oncológica.	Porcentaje de participación en instancias convocadas por la Dirección	(N° instancias en las que participa la SDO/ N° de instancias en las que se invita a la SDO por parte de la Dirección) x 100	90%	90%	90%	90%	Mantenerse	Actas de reuniones

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
U5	Apoyar desde el ámbito de sus competencias el proceso de participación en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.	Porcentaje de participación en instancias convocadas por la Dirección	(N° instancias en las que participa la SDO/ N° de instancias en las que se invita a la SDO por parte de la Dirección) x 100	90%	90%	90%	90%	Mantenerse	Actas de reuniones
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Gestionar los recursos de la Subdirección de manera oportuna en función de las prioridades establecidas por el Incáncer y en base a niveles de servicios comprometidos.	Tasa de uso de recursos priorizados según programación financiera anual	Recursos ejecutados anual / Total de Recursos programados	Mayor a 0,8	0,8	0,8	0,8	Mantenimiento	Informes financieros de la SDO
F2	Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección a nivel interno y externo, con inclusión de niveles de servicios.	Memoria Anual con rendición de cuentas	Existencia de informe de rendición de todas aquellas unidades relativas a la SDO, incluidas aquellas áreas de servicios externos que estén bajo esta tutela. (si/no)	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Mantenerse	Memoria anual de la SDO.
F3	Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades institucionales y marco normativo en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos con enfoque	Porcentaje de evaluación de proyectos	(Proyectos evaluados por SDO/ Total de proyectos presentados a la SDO por la Dirección) x 100	70%	70%	70%	70%	Mantenerse	Informe de gestión anual

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
	en la sustentabilidad ambiental.								
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la Subdirección.	Existencia de modelo de mejora continua	Existe modelo de mejora continua (Si/No)	Sí	Si o no	Si o no	Si o no	Crecimiento	Documento de modelo de mejora continua a cargo de la SDO
P2	Desarrollar mecanismos de comunicación con las otras Subdirecciones para levantar necesidades, acordar prioridades, informar tiempos de respuesta y consensuar niveles de servicio.	Porcentaje de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de las SDO con las otras subdirecciones y dirección.	(Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 80%	60%	70%	80%	Crecimiento	Acta de reuniones y registro de distribución, a través de la SDO.
P3	Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia.	Componentes de Gestión Operacional en Proyecto de Transformación Digital.	Existencia de Componentes de Gestión Operacional en Proyecto de Transformación Digital (Si/No)	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Documento elaborado por la SDO

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
P4	Contribuir al avance en la transformación digital y sustentabilidad ambiental del Incáncer, en ámbitos de su competencia.	Porcentaje de respuesta a requerimientos	(Número de OT ejecutadas por la SDO / Número de OT requeridas por TI) x 100	Mayor a 75%	75%	75%	75%	Mantenimiento	Informe de ejecución del plan
P5	Contribuir al plan de transición para la Subdirección, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDO incluidas en el plan de transición Institucional.	(Total de actividades de la SDO ejecutadas del plan Institucional / Total de actividades de la SDO programadas del plan institucional) x 100	Mayor al 90%	50%	75%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la institución	Porcentaje de funcionarios de la SDO capacitados en temas de buen trato	(Nº de funcionarios de la SDO capacitados en aspectos de buen trato a pacientes en año t / Nº de cupos ofrecidos para la SDO en año t) x 100	Mayor al 50% por año	50%	50%	50%	Crecimiento	Número de funcionarios efectivamente capacitados conforme a plan de Área Gestión de Personas.
A2	Aportar desde su ámbito de competencias al establecimiento de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.	Porcentaje de satisfacción de los funcionarios/as de la SDO	(Número de funcionarios encuestados satisfechos de la SDO / Total funcionarios encuestados SDO) x 100	Mayor o igual al 90%	70%	80%	90%	Crecimiento	Encuesta de Clima.
A3	Apoyar al equipo clínico asistencial y/o liderar en conjunto con él, la revisión periódica de las posibilidades de introducción de nuevas tecnologías.	Reportes evaluación de incorporación sobre nuevas tecnologías	Número de reportes evaluación de incorporación sobre nuevas tecnologías durante el año	>=2	Si o no	Si o no	Si o no	Crecimiento	Reportes de la SDO

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE OPERACIONES									
A4	Disponer de un plan actualizado de optimización para los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.	Propuesta plan de optimización para los recursos y espacios disponibles	Existencia del plan e implementación (Si/No)	Sí	Si o no	Si o no	Si o no	Crecimiento	Informe de ejecución del plan
A5	Apoyar las actividades de docencia e investigación en el ámbito de sus competencias.	Porcentaje de respuesta a requerimientos	(Número de OT ejecutadas por la SDO / Número de OT requeridas por docencia e investigación) x 100	Mayor a 75%	75%	75%	75%	Mantenimiento	Informe de ejecución del plan
A6	Incorporar el enfoque de sustentabilidad ambiental y el desarrollo sostenible sobre la base de las políticas institucionales.	Implementación del plan de sustentabilidad ambiental y el desarrollo sostenible sobre la base de las políticas institucionales.	Reporte anual que incluya las dimensiones requeridas por el programa de gestión ambiental del MINSAL (Si/No)	Sí	Si o no	Si o no	Si o no	Crecimiento	Informe de ejecución del plan

9.4. Subdirección Médica de Calidad

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as

1	<i>Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente, velando por el cumplimiento al marco normativo vigente.</i>
2	<i>Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.</i>
3	<i>Velar por que la totalidad de especialistas, actuales y nuevos estén certificados.</i>
4	<i>Participar desde su ámbito de competencias en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Aportar desde el ámbito de experiencia de la SDMC a la correcta gestión, implementación y uso eficiente de los recursos disponibles en la Institución para dar cumplimiento a las normas de calidad.</i>
---	---

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos

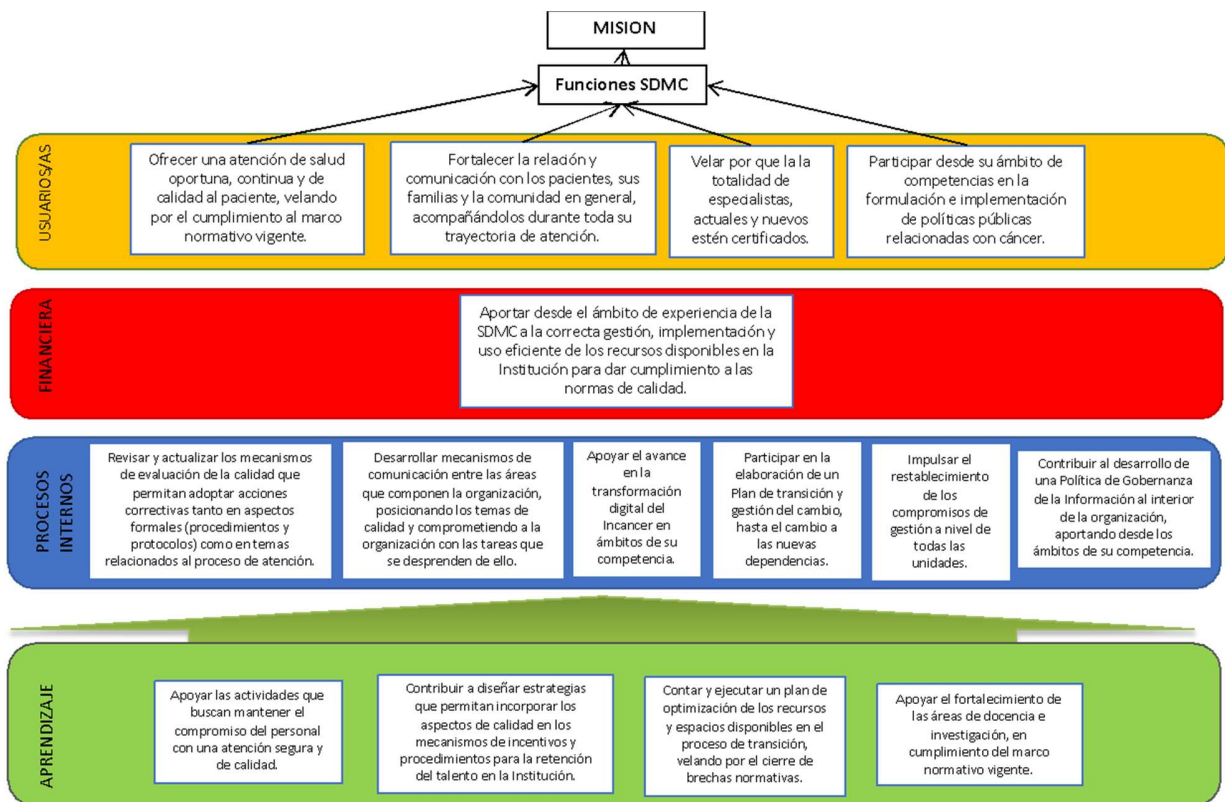
1	<i>Revisar y actualizar los mecanismos de evaluación de la calidad que permitan adoptar acciones correctivas tanto en aspectos formales (procedimientos y protocolos) como en temas relacionados al proceso de atención.</i>
2	<i>Desarrollar mecanismos de comunicación entre las áreas que componen la organización, posicionando los temas de calidad y comprometiéndola a la organización con las tareas que se desprenden de ello.</i>
3	<i>Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia.</i>
4	<i>Participar en la elaboración de un Plan de transición y gestión del cambio, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>
5	<i>Impulsar el restablecimiento de los compromisos de gestión a nivel de todas las unidades.</i>
6	<i>Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje

1	<i>Apoyar las actividades que buscan mantener el compromiso del personal con una atención segura y de calidad.</i>
2	<i>Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar los aspectos de calidad en los mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.</i>
3	<i>Contar y ejecutar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en el proceso de transición, velando por el cierre de brechas normativas.</i>
4	<i>Apoyar el fortalecimiento de las áreas de docencia e investigación, en cumplimiento del marco normativo vigente.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección Médica de Calidad

Esquema 5: Mapa Estratégico Subdirección Médica de Calidad del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección Médica de Calidad

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE MÉDICA DE CALIDAD									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente, velando por el cumplimiento al marco normativo vigente.	Índice de calidad de atención del paciente	- (Número de pacientes que otorgan nota 6 o 7, en escala de 1 a 7) / Total de pacientes encuestados) x 100	al menos 80%	80%	85%	90%	Crecimiento	Unidad de Estadísticas
U2	Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.	Contribución a la construcción del Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	IEVPO= (NPT-(NE+NTE))/NPT * 100	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Subdirección Clínica
U3	Velar por que la totalidad de especialistas, actuales y nuevos estén certificados.	- Verificación de la certificación a todos los especialistas	- % de cumplimiento de certificación de especialidad	100%	100%	100%	100%	Mentención	Unidad de Gestión y desarrollo de las personas

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE MÉDICA DE CALIDAD									
U4	Participar desde su ámbito de competencias en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.	Participación de la SMDC en instancias de revisión de políticas públicas relacionadas con cáncer	$(N^{\circ} \text{ de reuniones en las que participa la SMDC} / N^{\circ} \text{ reuniones a las que se le invitó a participar a la SMDC}) \times 100$	100%	100%	100%	100%	Mentención	Subdirección Médica
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Aportar desde el ámbito de experiencia de la SDMC a la correcta gestión, implementación y uso eficiente de los recursos disponibles en la Institución para dar cumplimiento a las normas de calidad.	- % de participación de la SDMC en reuniones de Comité de abastecimiento y de insumos transversales	$(N^{\circ} \text{ de reuniones de Comité de abastecimiento y de insumos transversales en que participa la SDMC} / \text{Total de reuniones}) \times 100$	80%	80%	80%	80%	-----	- Actas de reuniones
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Revisar y actualizar los mecanismos de evaluación de la calidad que permitan adoptar acciones correctivas tanto en aspectos formales (procedimientos y protocolos) como en temas relacionados al proceso de atención.	- % de procesos institucionales priorizados con protocolo institucional.	$(\text{Total de procesos institucionales prioritarios con protocolo institucional} / \text{Tiempo t}) / (\text{total de procesos prioritarios incluidos} - \text{tiempo t}) \times 100$	Mayor al 85%	85%	85%	85%	Crecimiento	- Informe de cumplimiento de protocolos a cargo de la Subdirección Médica Asistencial.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE MÉDICA DE CALIDAD									
P2	Desarrollar mecanismos de comunicación entre las áreas que componen la organización, posicionando los temas de calidad y comprometiendo a la organización con las tareas que se desprenden de ello.	- % de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de las SDMC con las otras subdirecciones y dirección.	- (Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 75%	75%	75%	75%	Crecimiento	- Acta de reuniones y registro de distribución, a través de la SDMCA.
P3	Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia.	Incorporar la dimensión de transformación digital en protocolos y procedimientos de calidad	- (Protocolos actualizados con perspectiva de transformación digital / Total de protocolos actualizados)x100	25%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	- Protocolos actualizados en SERQ
P4	Participar en la elaboración de un Plan de transición y gestión del cambio, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	- % de participación de la SDMC en actividades incluidas en el plan de transición Institucional.	- (Total de actividades de la SDMC ejecutadas del plan Institucional en las que participó la SDMC / Total de actividades de la SDMC programadas del plan institucional en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	- Informe cumplimiento plan de transición institucional
P5	Impulsar el restablecimiento de los compromisos de gestión a nivel de todas las unidades.	- % de cumplimiento de los compromisos de gestión asociados a la SDMC.	- (Total de actividades COMGES ejecutadas por la SDMC en el tiempo t / Total de actividades COMGES asignadas a la SDMC en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	- Informe cumplimiento de los Compromisos de Gestión. A cargo del Departamento de Control de Gestión.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE MÉDICA DE CALIDAD									
P6	Contribuir al desarrollo de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización, aportando desde los ámbitos de su competencia..	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDMC incluidas en la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización.	(Total de actividades de la SDMC ejecutadas de la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización / Total de actividades de la SDMC programadas de la Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento de una Política de Gobernanza de la Información al interior de la organización
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Apojar las actividades que buscan mantener el compromiso del personal con una atención segura y de calidad.	Tasa de funcionarios capacitados en temas de seguridad y calidad	(N° de funcionarios capacitados en temas de seguridad y calidad en año t / N° total de funcionarios del INC en año t) x 100	25% por año	25%	25%	25%	Crecimiento	- Número de funcionarios efectivamente capacitados conforme a plan de Área Gestión de Personas.
A2	Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar los aspectos de calidad en los mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.	Existencia de protocolo de retención del talento que considere las capacitaciones de calidad y seguridad para la asignación de incentivos.	- Existencia de protocolo que considere las capacitaciones de calidad y seguridad para la asignación de incentivos (Si/No)	100%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Informe anual

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE MÉDICA DE CALIDAD									
A2	Contribuir a diseñar estrategias que permitan incorporar los aspectos de calidad en los mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la Institución.	Tasa de funcionarios capacitados en temas de seguridad y calidad	-(N° de funcionarios capacitados en calidad y seguridad por cualquier vía (PAC, Beca docencia, auto financiamiento con tiempo protegido) / total capacitados)x100	10%	10%	10%	10%	Crecimiento	Informe anual
A3	Contar y ejecutar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en el proceso de transición, velando por el cierre de brechas normativas.	- Tasa de participación de la SMDC en planes de optimización	- (N° de proyectos de optimización en que participa la SMDC / N° total de proyectos de optimización totales del INC) x 100	100%	80%	80%	100%	Crecimiento	- Máster Plan e informes de ejecución de proyectos
A4	Apoyar el fortalecimiento de las áreas de docencia e investigación, en cumplimiento del marco normativo vigente.	- Participación de la SMDC en el Comité para el desarrollo de docencia e investigación	- (N° de reuniones en las que participa la SMDC / Total de reuniones realizadas) x 100	75%	50%	60%	75%	Crecimiento	Informe anual de docencia e investigación

9.5. Subdirección Médica de Gestión Asistencial

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as

1	<i>Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente.</i>
2	<i>Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.</i>
3	<i>Desarrollar un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.</i>
4	<i>Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional.</i>
5	<i>Ofrecer una mayor complejización y ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, indispensables para el tratamiento de la enfermedad.</i>
6	<i>Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Ser un actor relevante en la gestión de recursos, aportando en los ámbitos de competencia de la Subdirección para el cierre de brechas.</i>
2	<i>Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección tanto a nivel interno como externo.</i>
3	<i>Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales y normativas en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos

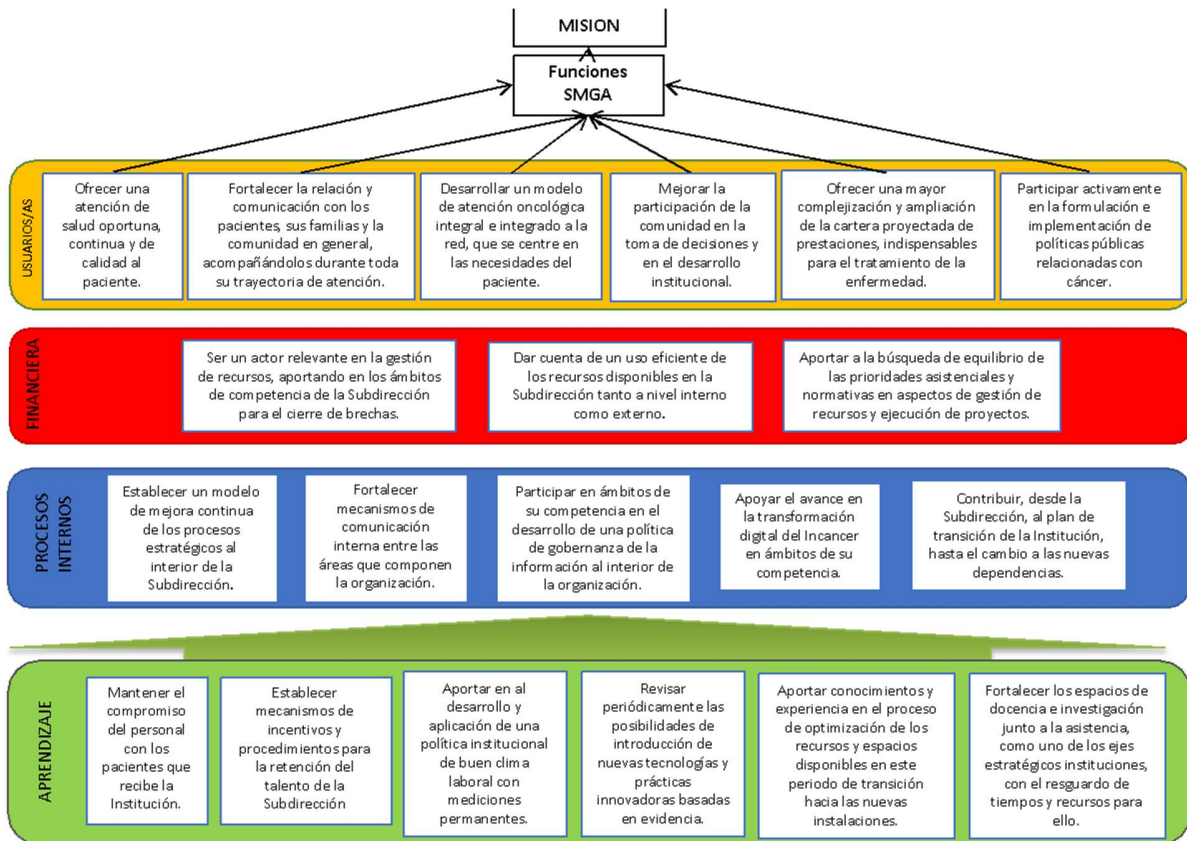
1	<i>Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la Subdirección.</i>
2	<i>Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización.</i>
3	<i>Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización.</i>
4	<i>Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia.</i>
5	<i>Contribuir, desde la Subdirección, al plan de transición de la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje

1	<i>Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución.</i>
2	<i>Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento de la Subdirección.</i>
3	<i>Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes.</i>
4	<i>Revisar periódicamente las posibilidades de introducción de nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia.</i>
5	<i>Aportar conocimientos y experiencia en el proceso de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.</i>
6	<i>Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos instituciones, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección Médica de Gestión Asistencial

Esquema 6: Mapa Estratégico Subdirección Médica de Gestión Asistencial del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección Médica de Gestión Asistencial

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente	Índice de calidad de atención del paciente	- (Número de pacientes que otorgan nota 6 o 7, en escala de 1 a 7) / Total de pacientes encuestados) x 100	Al menos 90%	70%	80%	90%	Crecimiento	Unidad de Estadísticas
U2	Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención.	Contribución a la construcción del Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	IEVPO= (NPT-(NE+NTE))/NPT * 100	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta línea base)	90%	95%	Creciente	Subdirección Clínica
U3	Desarrollar un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente	Índice de adecuación necesidades clínicas del paciente	(Necesidades clínicas satisfechas / Total necesidades clínicas identificadas del paciente)*100	80%	60%	70%	80%	Crecimiento	Elaboración de un encuesta que permita levantar necesidades de los pacientes y evaluación de soluciones implementadas

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
U4	Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional	Participación de la comunidad respecto a su rol en la prevención y tratamiento del cáncer	(Número de propuestas de la comunidad incorporadas respecto a la prevención y tratamiento del cáncer) / Total de propuestas efectuadas por la comunidad)*100	10%	0%	0%	10%	Crecimiento	Reportes de reuniones con la comunidad
U5	Ofrecer una mayor complejización y ampliación de la cartera proyectada de prestaciones, indispensables para el tratamiento de la enfermedad.	Orientación de la oferta de especialidades según la perspectiva paciente con relación a la cartera de prestaciones de la institución	Oferta de especialidades oncológicas permite atender al 80% de los pacientes de acuerdo a sus patologías, con relación a la cartera de prestaciones de la institución	100%	80%	80%	80%	Crecimiento	Unidad de registros y estadísticas
U6	Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer	Reportes que impliquen la participación en la generación de información relevante para la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer	Número de reportes emitidos, con relación a la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer	Mayor que 1	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Subdirección Médica

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Ser un actor relevante en la gestión de recursos, aportando en los ámbitos de competencia de la Subdirección para el cierre de brechas.	Plan de eficiencia y nivelación de carga laboral	Horas (destinadas a trabajos específicos) / Productividad	En plazos semestrales, ir acortando la brecha hasta acercarse a un margen de + - 10% respecto al porcentaje indicado por contrato.	n/a	n/a	n/a	Crecimiento	Registro de medición de actividades laborales y administrativas.
F2	Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles en la Subdirección tanto a nivel interno como externo	- Margen de presupuesto asignado sobre utilizado	Cantidad de elementos (\$) usados (gastados) / Cantidad de elementos (\$) solicitados	- Informe del 100% de los elementos solicitados	100%	100%	100%	Mantener	Difusión de presupuestos, proyecciones, indicadores, etc.
F3	Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales y normativas en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos	Solicitud de pre-proyectos	Cantidad de proyectos ejecutados / Cantidad de proyectos presentados	Tendencia cercana al 50% (que la mitad de proyectos presentados, sean ejecutados).	30%	40%	50%	En torno a 1	Registro de proyectos / iniciativas presentadas por C° de R°.
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al	- % de procesos de la SMGA priorizados con protocolo institucional.	- (Total de procesos prioritarios de la SMGA con protocolo institucional Tiempo t) /total de procesos	Mayor al 85%	50%	75%	85%	Crecimiento	Informe de cumplimiento de protocolos a cargo de la SMGA

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
	interior de la Subdirección		prioritarios de la SMGA -tiempo t)x 100						
P2	Fortalecer mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización	% de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de la SMGA con las otras subdirecciones y dirección	(Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Acta de reuniones y registro de distribución, a través de la SMGA .
P3	Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización.	Componentes de Gestión de SDMGA de Transformación Digital.	Existencia de Componentes de de la SDMGA en Proyecto de Transformación Digital	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Presentación Proyecto de Transformación digital, a cargo del departamento de TI.
P4	Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia.	Número de reuniones semestrales con otras Unidades para apoyar el avance en la transformación digital del INCáncer	(Número de reuniones con participación de la Subdirección que tienen por objetivo apoyar el avance en la transformación digital del INCáncer	Mayor a 1	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Informe semestral
P5	Contribuir, desde la Subdirección, al plan de transición de la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	% de cumplimiento de las actividades de la SDMGA incluidas en el plan de transición Institucional.	(Total de actividades de la SMGA ejecutadas del plan Institucional en el tiempo t / Total de actividades de la SMGA programadas del plan institucional en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución.	Porcentaje de funcionarios de la SMGA capacitados en temas de buen trato	- (Nº de funcionarios de la SMGA capacitados en aspectos de buen trato a pacientes en año t / N° cupos ofrecidos para funcionarios de la SMGA en año t) x 100	75% por año	75%	75%	75%	Crecimiento	Número de funcionarios efectivamente capacitados conforme a plan de Área Gestión de Personas.
A2	Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento de la Subdirección	Propuesta ampliación de grados asociadas a las leyes aplicables al personal de salud	Existencia de propuesta (Si/No)	100%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Acto administrativo con la aprobación
A3	Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes	Iniciativas para disminuir ausentismo en funcionarios de la SMGA	(Número de iniciativas implementadas por la SMGA en año t / N° total de iniciativas propuestas en año t) x 100	levantar línea base				Crecimiento	Encuesta de clima
A4	Revisar periódicamente las posibilidades de introducción de nuevas tecnologías y prácticas innovadoras	Conformación equipo de análisis de nuevas tecnologías en la SMGA	Existencia del equipo (Si / No)	100%	Si o No	Si o No	Si o No	-----	Minuta con registro de recomendación ETESA en la toma de decisiones.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE GESTIÓN ASISTENCIAL									
	basadas en evidencia.								
A5	Aportar conocimientos y experiencia en el proceso de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones.	Porcentaje de participación de la SMGA en instancias de optimización	$(\text{N}^\circ \text{ de instancias de optimización desarrolladas por la SMGA} / \text{N}^\circ \text{ de instancias de optimización totales del INC}) \times 100$	85%	50%	75%	85%	Crecimiento	Máster Plan e informes de ejecución de proyectos
A6	Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.	Porcentaje de horas de docencia e investigación del personal de la SMGA	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades docentes realizadas del personal SMGA} / \text{N}^\circ \text{ de actividades programadas del personal de SMGA}) \times 100$	90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Registro general de actividades docentes

9.6. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as

1	<i>Contar con políticas y procedimientos de selección, capacitación y evaluación de desempeño actualizadas, que permitan disponer de personal competente y calificado, que garantice una atención de salud oportuna, continua y de calidad a sus beneficiarios.</i>
2	<i>Apoyar desde sus ámbitos de competencia las instancias de participación de la comunidad funcionaria, aportando a la toma de decisiones que en su ámbito apliquen.</i>
3	<i>Disponer de la contratación del personal requerido para contar con una oferta más ampliada de prestaciones oncológicas conforme a la dotación y el presupuesto disponible.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Gestionar los recursos de personal de manera eficiente y oportuna en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.</i>
2	<i>Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles a nivel interno y externo.</i>
3	<i>Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales y normativas en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos

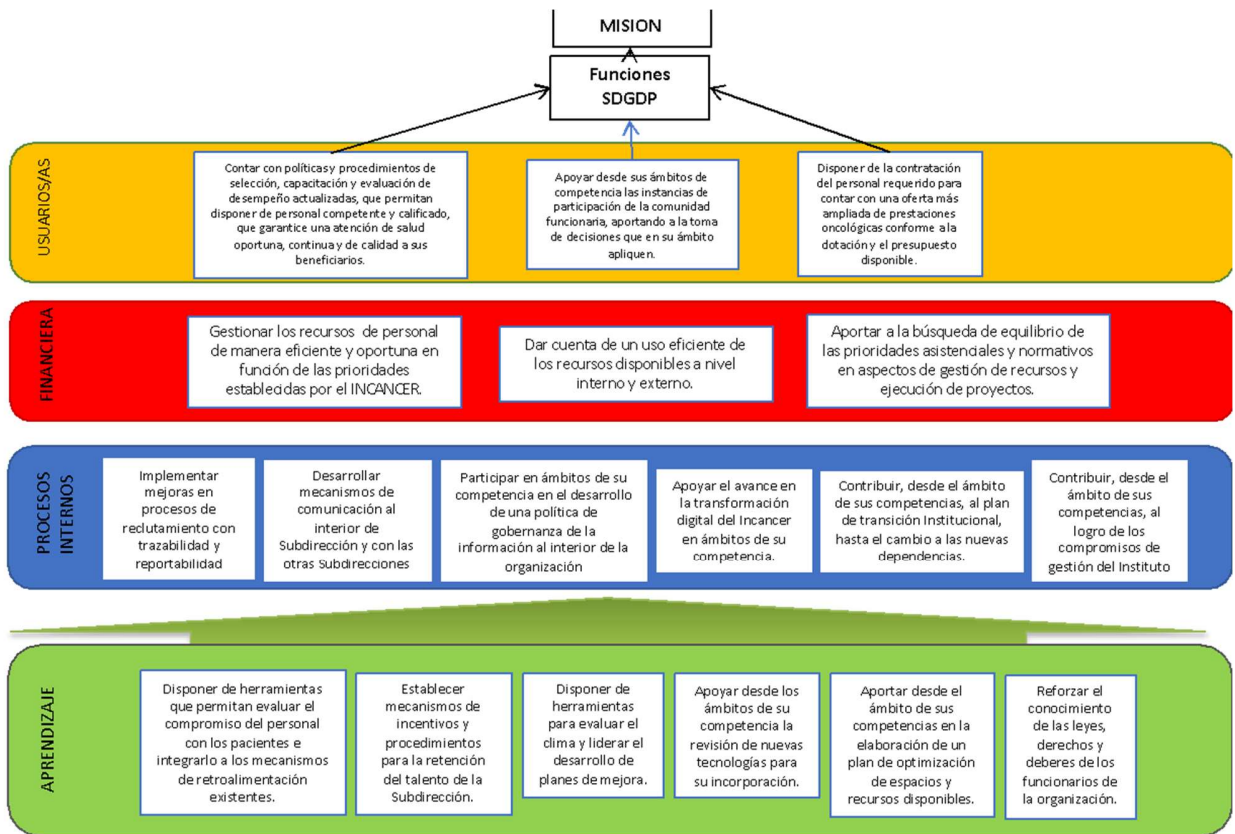
1	<i>Implementar mejoras en procesos de reclutamiento con trazabilidad y reportabilidad</i>
2	<i>Desarrollar mecanismos de comunicación al interior de Subdirección y con las otras Subdirecciones</i>
3	<i>Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización</i>
4	<i>Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia.</i>
5	<i>Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, al plan de transición Institucional, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>
6	<i>Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, al logro de los compromisos de gestión del Instituto</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje

1	<i>Disponer de herramientas que permitan evaluar el compromiso del personal con los pacientes e integrarlo a los mecanismos de retroalimentación existentes.</i>
2	<i>Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento de la Subdirección.</i>
3	<i>Disponer de herramientas para evaluar el clima y liderar el desarrollo de planes de mejora.</i>
4	<i>Apoyar desde los ámbitos de su competencia la revisión de nuevas tecnologías para su incorporación.</i>
5	<i>Aportar desde el ámbito de sus competencias en la elaboración de un plan de optimización de espacios y recursos disponibles.</i>
6	<i>Reforzar el conocimiento de las leyes, derechos y deberes de los funcionarios de la organización.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Esquema 7: Mapa Estratégico Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Contar con políticas y procedimientos de selección, capacitación y evaluación de desempeño actualizadas, que permitan disponer de personal competente y calificado, que garantice una atención de salud oportuna, continua y de calidad a sus beneficiarios.	Políticas y procedimientos de selección, capacitación y evaluación de desempeño que permitan disponer de personal competente y calificado, que garantice una atención de salud oportuna, continua y de calidad a sus beneficiarios.	Existencia de Políticas y procedimientos de selección, capacitación y evaluación de desempeño que permitan disponer de personal competente y calificado, que garantice una atención de salud oportuna, continua y de calidad a sus beneficiarios.	Sí	Si/no	Si/no	Si/no	Crecimiento	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
U2	Apoyar desde sus ámbitos de competencia las instancias de participación de la comunidad funcionaria, aportando a la toma de decisiones que en su ámbito apliquen.	Participación de las organizaciones funcionarias en Comités que requieren participación de las organizaciones funcionarias	(Número de Comités en los que efectivamente participan las organizaciones funcionarias) / Total de Comités con derecho a participación de las organizaciones funcionarias)* 100	90%	70%	80%	90%	Crecimiento	Se cuenta con un mecanismo formal para medir en las capacitaciones la dimensión relacionamiento con la comunidad (consejo asesor)

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
U3	Disponer de la contratación del personal requerido para contar con una oferta más ampliada de prestaciones oncológicas conforme a la dotación y el presupuesto disponible.	Porcentaje de respuesta a trámites solicitados de contrataciones	(Total de contratos tramitados / Total de contratos solicitados) * 100	75%	50%	60%	75%	Crecimiento	Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Gestionar los recursos de personal de manera eficiente y oportuna en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.	Tasa de uso de recursos priorizados según proyección de uso de recursos para la SGDP	(Recursos Utilizados por unidad en procedimiento "x" / Recursos de Eficiencia (Estándar del procedimiento "x") x 100)	Tasa de sobreuso no mayor a 1,5	Si o No	Si o No	Si o No	Decreciente	Entrega de dos estudios locales por área de la SDGDP al año.
F2	Dar cuenta de un uso eficiente de los recursos disponibles a nivel interno y externo	Reducción de brecha de información sobre el gasto en personal	N° informe de gasto / meses del año	Información detallada del gasto en subtítulo 21.	Si o No	Si o No	Si o No	4 informes al año	Presentación de informes trimestrales de gasto
F3	Aportar a la búsqueda de equilibrio de las prioridades asistenciales y normativas en aspectos de gestión de recursos y ejecución de proyectos.	Porcentaje de ejecución del presupuesto de la SGDP	(Presupuesto real ejecutado de la SGDP en año t / Presupuesto proyectado de la SGDP en año t) x 100	100%	100%	100%	100%	Mantener	Informe de gestión anual

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Implementar mejoras en procesos de reclutamiento con trazabilidad y reportabilidad	Porcentaje de Procesos de reclutamiento con trazabilidad y reportabilidad con plan de inicio de mejoras	(Procesos de reclutamiento con trazabilidad y reportabilidad con plan de inicio de mejoras/ Total de procesos solicitados)x100	Mayor al 80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Informe de cumplimiento de protocolos a cargo de la SDGC
P2	Desarrollar mecanismos de comunicación al interior de Subdirección y con las otras Subdirecciones	% de Cumplimiento del Cronograma Anual de Reuniones de las SGDP con las otras subdirecciones y dirección.	(Total de reuniones del cronograma anual realizadas con acta difundida en el periodo t / Total de reuniones del cronograma anual programadas en el periodo t) x 100	Mayor al 80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Acta de reuniones, informes de actividad y registros de capacitación , a través de la SGDP.
P3	Participar en ámbitos de su competencia en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización.	Componentes de Gestión de Personas en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización	Existencia de Componentes de Gestión de Personas en el desarrollo de una política de gobernanza de la información al interior de la organización	100%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Presentación Proyecto de Transformación digital, a cargo del departamento de TI.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
P4	Apoyar el avance en la transformación digital del Incáncer en ámbitos de su competencia	% de Cumplimiento del Proyecto de Transformación Digital.	Total de actividades del PTD ejecutadas en el tiempo t / Total de actividades del PTD programadas en el tiempo t) x 100 . PTD: proyecto transformación digital	80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Informe avance Proyecto de Transformación digital, a cargo de la SGDP
P5	Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, al plan de transición Institucional, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	% de cumplimiento de las actividades de la SGDP incluidas en el plan de transición Institucional.	(Total de actividades de la SDGC ejecutadas del plan Institucional en el tiempo t / Total de actividades de la SDGC programadas del plan institucional en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional
P6	Contribuir, desde el ámbito de sus competencias, al logro de los compromisos de gestión del Instituto	% de cumplimiento de los compromisos de gestión asociados a la la SGDP.	(Total de actividades COMGES ejecutadas por la SGDP en el tiempo t / Total de actividades COMGES asignadas a la SGDP en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento de los Compromisos de Gestión. A cargo del Departamento de Control de Gestión.
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Disponer de herramientas que permitan evaluar el compromiso del personal con los pacientes e integrarlo a los mecanismos de retroalimentación existentes	Porcentaje de ausentismo del personal clínico y/o atención de directa de los pacientes	(Total del personal clínico y/o atención de directa de los pacientes que no acude a sus labores / Total del personal clínico y/o atención de directa de los pacientes) x 100	< 5 %	5%	5%	5%	Decrecimiento	Informe de la SDGP

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
A2	Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento de la Subdirección	Implementar plan de incentivos que promuevan la retención del talento de los funcionarios de la Subdirección	Existencia de Plan de incentivos	Sí	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Acto administrativo con la aprobación
A3	Disponer de herramientas para evaluar el clima y liderar el desarrollo de planes de mejora.	Generar plan de intervención en áreas del INC con indicador deficiente en clima	(N° de áreas intervenidas / N° áreas totales con problemas de clima en INC) x 100	75%	50%	60%	75%	Crecimiento	Informe anual de clima laboral
A4	Apoyar desde los ámbitos de su competencia la revisión de nuevas tecnologías para su incorporación	Participación en instancias de implementación de nuevas tecnologías para la gestión de personas	(N° de instancias de implementación de nuevas tecnologías para la gestión de personas en las que participa la SGDP / N° instancias de implementación de nuevas tecnologías para la gestión de personas a las que es invitada la SGDP) x 100	95%	95%	95%	95%	Crecimiento	Informes psicológicos y evaluación de desempeño.
A5	Aportar desde el ámbito de su competencia en la elaboración de un plan de optimización de espacios y recursos disponibles	Porcentaje de participación de la SGDP en instancias de optimización	(N° de instancias de optimización desarrollados por la SGDP / N° de instancias de optimización totales del INC) x 100	85%	75%	80%	85%	Crecimiento	Máster Plan e informes de ejecución de proyectos

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS									
A6	Reforzar el conocimiento de las leyes, derechos y deberes de los funcionarios de la organización.	Generar plan de inducción on line para funcionarios nuevos	$(N^{\circ} \text{ funcionarios nuevos con inducción en año } t / N^{\circ} \text{ total de funcionarios nuevos del INC en año } t) \times 100$	85% en el año	85%	85%	85%	Crecimiento	Cumplimiento programa de inducción SDGP

9.7. Subdirección Médica de Desarrollo Institucional

Objetivos Estratégicos nivel de Usuarios/as

1	<i>Velar en conjunto con el área de desarrollo de las personas por la incorporación de capacidades que permitan en el largo plazo brindar una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente.</i>
2	<i>Promover y apoyar iniciativas para el desarrollo de soluciones o herramientas que faciliten la mejora de la comunicación con los pacientes.</i>
3	<i>Contribuir en el desarrollo de un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.</i>
4	<i>Sumarse a los espacios de participación donde el Instituto se vincule con la comunidad y promover su fortalecimiento.</i>
5	<i>Contribuir en proyectos de ampliación y complejización de la cartera de servicios proyectada para el futuro INC, en el marco del proceso de transición y preparación para el cambio.</i>
6	<i>Promover la visibilización institucional en espacios relevantes para la generación de conocimiento y toma de decisiones de política pública, a través de las líneas de acción de su competencia.</i>
7	<i>Contribuir en la toma de decisiones clínicas y administrativas de la institución a través de la investigación, la docencia y la gestión de información, con el fin de mejorar la eficiencia hospitalaria y entregar una atención de calidad a los pacientes.</i>

Objetivos Estratégicos nivel Financiero

1	<i>Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportuna y responsablemente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.</i>
2	<i>Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo del uso de los recursos a su cargo, aportando así a la probidad y transparencia activa.</i>
3	<i>Promover espacios para la generación de nuevos recursos para impulsar la docencia, investigación e innovación en salud.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Procesos Internos

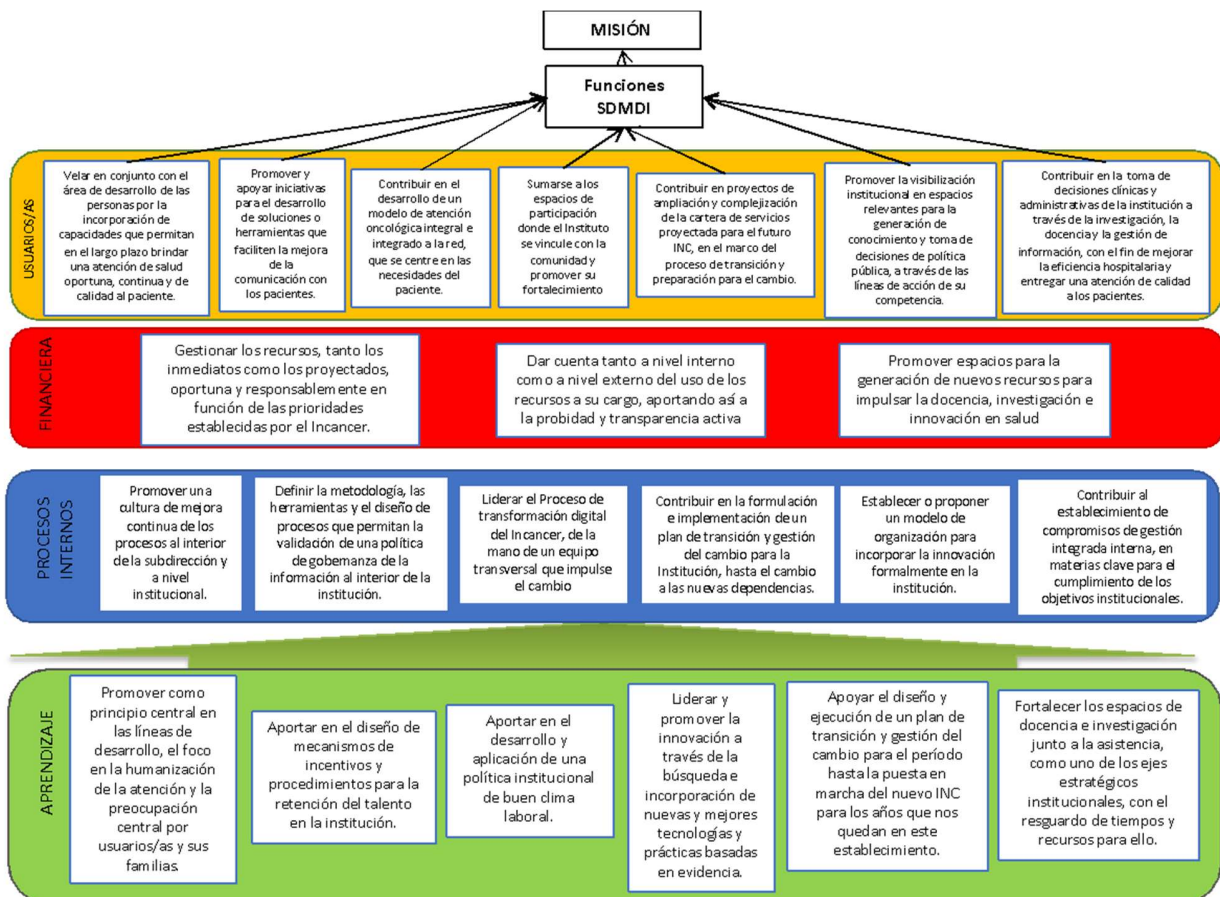
1	<i>Promover una cultura de mejora continua de los procesos al interior de la subdirección y a nivel institucional.</i>
2	<i>Definir la metodología, las herramientas y el diseño de procesos que permitan la validación de una política de gobernanza de la información al interior de la institución.</i>
3	<i>Liderar el Proceso de transformación digital del Incáncer, de la mano de un equipo transversal que impulse el cambio.</i>
4	<i>Contribuir en la formulación e implementación de un plan de transición y gestión del cambio para la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.</i>
5	<i>Impulsar un modelo de organización para incorporar la innovación formalmente en la institución.</i>
6	<i>Contribuir al establecimiento de compromisos de gestión integrada interna, en materias clave para el cumplimiento de los objetivos institucionales.</i>

Objetivos Estratégicos nivel de Aprendizaje

1	<i>Promover como principio central en las líneas de desarrollo, el foco en la humanización de la atención y la preocupación central por los usuarios/as y sus familias.</i>
2	<i>Aportar en el diseño de mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la institución.</i>
3	<i>Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral.</i>
4	<i>Liderar y promover la innovación a través de la búsqueda e incorporación de nuevas y mejores tecnologías y prácticas basadas en evidencia.</i>
5	<i>Apoyar el diseño y ejecución de un plan de transición y gestión del cambio para el período hasta la puesta en marcha del nuevo INC para los años que nos quedan en este establecimiento.</i>
6	<i>Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.</i>

Mapa Estratégico de la Subdirección Médica de Desarrollo Institucional

Esquema 8: Mapa Estratégico Subdirección Médica de Desarrollo Institucional del Incáncer, periodo 2023-2027



Fuente: elaboración propia

Tablero de Comando de la Subdirección Médica de Desarrollo Institucional

Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
PERSPECTIVA USUARIOS									
U1	Velar en conjunto con el área de desarrollo de las personas por la incorporación de capacidades que permitan en el largo plazo brindar una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente.	Porcentaje de uso de los cupos y programas de capacitación priorizados por comisión de becas	Número de cupos ofertados de capacitación vía comisión de becas utilizados y aprobados/ total de cupos ofertados por comisión en el período	$\geq 80\%$	LB	> LB	> año 2	Crecimiento	Resolución anual comisión de becas
U1	Velar en conjunto con el área de desarrollo de las personas por la incorporación de capacidades que permitan en el largo plazo brindar una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente	Oferta anual de programas de capacitación interna o mediante convenios gestionados desde áreas de la SDDI, en líneas de desarrollo institucional dirigidos a funcionarios/As	Programas de capacitación en líneas priorizadas ofertados en el año / total programas planificados en el año *100	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	mantención - crecimiento	Memoria-informe anual SDDI

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
U2	Promover y apoyar iniciativas para el desarrollo de soluciones o herramientas que faciliten la mejora de la comunicación con los pacientes.	cartera vigente de proyectos o iniciativas de innovación, transformación digital y/o gestión de información que apuntan a mejoras de información y herramientas de comunicación con pacientes	Existencia de cartera con proyectos vigentes de explotación de información y comunicación con pacientes	Cartera identificada y con proyectos vigentes en formulación y explotación	Si o No	Si o No	Si o No	mantención - crecimiento	Memoria-informe anual SDDI
U3	Contribuir en el desarrollo de un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.	cartera vigente de proyectos o iniciativas de innovación dirigidas a la mejora de práctica clínica y modelo de atención	Existencia de cartera con proyectos vigentes de explotación de información y comunicación con pacientes	Cartera identificada y con proyectos vigentes en formulación y explotación	Si o No	Si o No	Si o No	mantención - crecimiento	Memoria-informe anual SDDI

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
U3	Contribuir en el desarrollo de un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente.	Contribución a la construcción del Índice de Experiencia del Viaje del Paciente Oncológico (IEVPO) Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base	$IEVPO = \frac{NPT - (NE + NTE)}{NP} \times 100$	Para año 1: Levantamiento de evidencia, selección de instrumentos Implementación de medición y línea de base 95%	100% (hasta a línea base)	90%	95%	Creciente	Memoria-informe anual SDDI
U4	Sumarse a los espacios de participación donde el Instituto se vincule con la comunidad y promover su fortalecimiento.	Incorporación de representación de pacientes en n pilotaje o implementación de soluciones tecnológicas enmarcadas en la estrategia de transformación digital	número de iniciativas de estrategia de transformación digital con participación de pacientes o sus representantes / total de iniciativas de la estrategia en el período	Año 1: estrategia definida e identificadas acciones en que se puede-requiere incorporar usuarios (1) >=80%	(1)	50%	80%	Creciente	Informe estrategia transformación digital / SDDI/TICS

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
U5	Contribuir en proyectos de ampliación y complejización de la cartera de servicios proyectada para el futuro INC, en el marco del proceso de transición y preparación para el cambio.	Prestaciones nuevas o complejizadas reconocidas en cartera de servicios	prestaciones nuevas o complejizadas que son incorporadas o actualizadas en cartera de servicios vigente / total de prestaciones proyectadas nuevo INC que pueden implementarse con recursos de etapa transición	Año 1: Identificación cartera proyectada posible de implementar-complejizar en condición actual (1). 50%	(1)	20%	50%	Creciente	Cartera de Servicios
U6	Promover la visibilización institucional en espacios relevantes para la generación de conocimiento y toma de decisiones de política pública, a través de las líneas de acción de su competencia.	Publicaciones, presentaciones y/o acciones de difusión de proyectos de investigación, docencia o innovación realizadas en el período	Publicaciones, presentaciones y/o acciones de difusión de proyectos de investigación, docencia o innovación realizadas en el período	Al menos una por dimensión anual	>=1	>=1	>=1	Creciente	Registros comunicaciones y CRs SDDI
U7	Contribuir en la toma de decisiones clínicas y administrativas de la institución a través de la investigación, la docencia y la gestión de	Proyectos en activo desde Información para la Gestión hacia unidades solicitantes de reportaría periódica desde el	Número de proyectos en activo implementados / Número total de proyectos solicitados a implementar	90%	30%	60%	90%	Creciente	Memoria anual repositorio institucional (supone conformación de unidad e incorporación de recurso humano según demanda y avance de la estrategia

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
	información, con el fin de mejorar la eficiencia hospitalaria y entregar una atención de calidad a los pacientes.	repositorio de datos unificado.							
U7	Contribuir en la toma de decisiones clínicas y administrativas de la institución a través de la investigación, la docencia y la gestión de información, con el fin de mejorar la eficiencia hospitalaria y entregar una atención de calidad a los pacientes.	Reportería periódica de comportamiento de casuística de atención codificada mediante GRD, presentada y analizada con equipos clínicos y de gestión	Meses con reportería informada de casuística GRD en SITE institucional / total meses de año	Informe mensual publicado en sitio institucional interno	12	12	12	Mantención	SITE grd
PERSPECTIVA FINANCIERA									
F1	Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportuna y responsablemente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer.	Personal SDDI capacitado en procedimiento de uso y gestión de recursos, servicios y contratos	(Personal SDDI que cumple roles como referente técnico de servicios y/o contratos capacitados en procedimiento y normativa vigente / total de personal de	100%	50%	75%	100%	Creciente	Acta participación en espacios de revisión-capacitación y abordaje de procedimiento actualizado por Sd. Administrativa

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
			la SDDI que cumple dichos roles)x100						
F2	Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo del uso de los recursos a su cargo, aportando así a la probidad y transparencia activa.	Memoria Anual Con rendición de cuentas	Año 2024: SDDI - Áreas de Docencia e Investigación. Año 2025: La memoria incorpora a otras áreas de SDDI.	Informe para 2 áreas en el primer año. Informe con el resto de las áreas de la SDDI en el segundo año.	Si o No	Si o No	Si o No	Incremental	Memoria anual de la SDDI.
F3	Promover espacios para la generación de nuevos recursos para impulsar la docencia, investigación e innovación en salud.	Ejecución y Visibilización del Fondo de Investigación y docencia	1. Ejecución del fondo de investigación. 2. Visibilización del Modelo de Gestión de Financiamiento de Investigación Institucional. 2.- Ejecución recursos convenios Rad según reglamento comisión de becas	1. - Ejecución para 2024: 40%. - Ejecución para 2025: 80% (*Sujeto a formalización del Modelo de Gestión Financiera). 2.- Ejecución fondos retribución >80% anual	40%	60%	80%	No aplica.	Grado de ejecución del Fondo de Investigación. Resolución anual de uso fondos CAD- Comisión de becas
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS									
P1	Promover una cultura de mejora continua de los procesos al interior de la subdirección y a nivel institucional.	Porcentaje de procesos de la SDMI priorizados con protocolo institucional.	(Total de procesos prioritarios de la SDMI con protocolo institucional Tiempo t) /total de procesos prioritarios de la SDMI -tiempo t) x 100	80% procesos documentados actualizados	40%	60%	80%	Crecimiento	Informe de cumplimiento de protocolos a cargo de la Subdirección Médica de Desarrollo Institucional. Universo: mapa de procesos institucional con identificación de aquellos de responsabilidad de cada subdirección
P2	Definir la metodología, las herramientas y el	Política de gobernanza de la información al	Políticas de gobernanza de la información al	Política y estrategia vigente formalizada,	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Resolución que formaliza políticas institucionales en la materia

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
	diseño de procesos que permitan la validación de una política de gobernanza de la información al interior de la institución.	interior de la institución formuladas y formalizadas	interior de la institución formuladas y formalizadas	difundida e implementada según cronograma que se defina					
P2	Definir la metodología, las herramientas y el diseño de procesos que permitan la validación de una política de la gobernanza de la información al interior de la institución.	Implementación de política de gobernanza de los datos (PDGI) al interior de la institución	Total de actividades de la PGDI ejecutadas en el tiempo t / total de actividades del PDGI programadas en el tiempo t * 100	>=60%	20%	40%	60%	Crecimiento	Memoria anual con verificables y documentación que respalda hitos de implementación
P3	Liderar el Proceso de transformación digital del Incáncer, de la mano de un equipo transversal que impulse el cambio.	Estrategia de transformación digital formulada y formalizada	Estrategia de TD institucional formulada y formalizada	Política y estrategia vigente formalizada, difundida e implementada según cronograma que se defina	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Resolución que formaliza estrategia y política institucional en la materia
P3	Liderar el Proceso de transformación digital del Incáncer, de la mano de un equipo transversal que impulse el cambio.	Porcentaje de Cumplimiento del Proyecto de Transformación Digital.	Total de actividades del PTD ejecutadas en el tiempo t / Total de actividades del PTD programadas en el tiempo t) x 100	80%	80%	80%	80%	Crecimiento	Informe avance Proyecto de Transformación digital, Unidad TICs, Comité TICs

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
P4	Contribuir en la formulación e implementación de un plan de transición y gestión del cambio para la Institución, hasta el cambio a las nuevas dependencias.	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de la SDMDI incluidas en el plan de transición Institucional.	(Total de actividades de la SDMDI ejecutadas del plan Institucional en el tiempo t / Total de actividades de la SDMDI programadas del plan institucional en el tiempo t) x 100	> 80%	20%	40%	80%	Crecimiento	Informe cumplimiento plan de transición institucional por parte de la SDMDI
P5	Impulsar un modelo de organización para incorporar la innovación formalmente en la institución.	Plan de Trabajo para el Desarrollo Política de Innovación.	Existencia de Propuesta de Trabajo de Política de Innovación Institucional	100%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Informe de Plan de Trabajo de una Política de Innovación Institucional
P5	Impulsar un modelo de organización para incorporar la innovación formalmente en la institución.	Formalización espacio y procedimiento para la evaluación y recomendación de incorporación de tecnología y prácticas innovadoras al quehacer institucional. Prácticas basadas en evidencia que a través de metodologías/procedimientos de innovación se	Formalización de Unidad y procedimiento formalizado (SI/NO), Cartera de proyectos de innovación vigente	100% Formalización y procedimiento primer año / desde segundo año, monitoreo de proyectos evaluados y tecnologías incorporadas con sus resultados	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Procedimiento con resolución vigente, actas de reunión, espacio definido para la evaluación y recomendación, informes de seguimiento de proyectos presentados e implementados en nuevo Comité de Innovación.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
		pilotean e implementan.							
P6	Contribuir al establecimiento de compromisos de gestión integrada interna, en materias clave para el cumplimiento de los objetivos institucionales.	Porcentaje de cumplimiento de los compromisos de gestión asociados a la SDMDI.	Total de actividades COMGES ejecutadas por la SDMDI en el tiempo t / Total de actividades COMGES asignadas a la SDMDI en el tiempo t) x 100	Mayor al 90%	90%	90%	90%	Crecimiento	Informe cumplimiento de planes de acción y/o monitoreo de los Compromisos de Gestión. A cargo del Departamento de Control de Gestión.
PERSPECTIVA APRENDIZAJE									
A1	Promover como principio central en las líneas de desarrollo, el foco en la humanización de la atención y la preocupación central por usuarios/as y sus familias.	Implementar perspectiva de humanización y foco en las personas en iniciativas de desarrollo institucional.	(N° de procedimientos internos y/o actividades que incorporan perspectiva en el año t / total de procedimientos vigentes al interior de SDDI en el año t)	50% por año		50%	50%	Crecimiento	U. Calidad / SERQ
A2	Aportar en el diseño de mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la institución	Aportar con espacios de formación y desarrollo docente para el personal institucional.	N° de funcionarios que cuentan con actividad programada de docencia y/o investigación /N° de funcionarios con programación de actividades	60%	50%	50%	60%	Crecimiento	Registros internos

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
A2	Aportar en el diseño de mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento en la institución	Porcentaje de uso de los cupos y programas de capacitación priorizados por comisión de becas	(Número de cupos ofertados de capacitación vía comisión de becas utilizados y aprobados/ total de cupos ofertados por comisión en el período) x 100	>=80%	LB	>LB	> año 2	Crecimiento	Resolución anual comisión de becas
A3	Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral	Programa vida saludable	Nº de funcionarios de la SDDI que participan en actividades del programa de vida saludable	Mayor o igual a 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Mantención o Crecimiento	Al menos un integrante de la SDDI participa de las actividades que se convocan en programa de vida saludable (INC TE CUIDA)
A3	Aportar en el desarrollo y aplicación de una política institucional de buen clima laboral	Calendario de espacios de autocuidado y fortalecimiento del buen clima laboral al interior de la SDDI	Cumplimiento del calendario y n° de funcionarios de la SDDI que adhieren a las actividades	Línea de base y mejora anual 10%, cumplimiento al 70% calendario anual.	LB	10% 70%	10% 70%	Crecimiento	Encuesta y registro de asistencia de actividades del calendario.
A4	Liderar y promover la innovación a través de la búsqueda e incorporación de nuevas y mejores tecnologías y prácticas basadas en evidencia.	Procedimiento para la búsqueda, evaluación y recomendación de nuevas prácticas o tecnología al quehacer institucional.	Procedimiento y comité (espacio de evaluación) validado y formalizado	Procedimiento y comité validado y formalizado	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Resolución que aprueba procedimiento

Plan Estratégico 2023 – 2027



Perspectiva	Objetivo	Nombre Indicador	Fórmula	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Tendencia	Sistema de control
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL									
A5	Apoyar el diseño y ejecución de un plan de transición y gestión del cambio para el período hasta la puesta en marcha del nuevo INC para los años que nos quedan en este establecimiento.	Implementación junto a equipo transversal del plan de gestión del cambio para nuevo INC	Actividades ejecutadas de ámbitos de competencia de la SDDI/ total de actividades programadas para el período de ámbito de competencia	80%	Si o No	Si o No	Si o No	Crecimiento	Validación DSSMN ejecución del plan y recursos
A6	Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.	Referentes de docencia-investigación en cada CR- Unidad de la institución	Porcentaje de CR- Unidades que cuentan con referentes de docencia-investigación	90%	60%	75%	90%	Crecimiento	Informe anual Subdirección Desarrollo Institucional/ CR Investigación y Docencia
A6	Fortalecer los espacios de docencia e investigación junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello.	Levantamiento y programación de horas de docencia e investigación en el INC	Línea de base, tiempo protegido programado y brecha por ley y tipo de actividad (docencia e investigación)	% de horas de docencia e investigación en el INC levantadas y programadas (definir número)	LB	Crecimiento	Crecimiento	Crecimiento	Programación institucional informe brecha y estrategia de mejora. CR Docencia e Investigación

X. Revisión de Políticas Institucionales

Las Políticas Institucionales oficiales del Incáncer definidas para el periodo de planificación 2023-2027, pueden sistematizarse en los siguientes ámbitos:

1. Gestión de los Procesos Clínicos y de Apoyo y Plan de Gestión Clínica y Administrativa
2. Política de Gestión de Calidad
3. Política de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaría
4. Política de Gobernanza de Datos, Transformación Digital y Ciberseguridad
5. Política de Gestión y Desarrollo de Personas
6. Política de Planificación y Control de Gestión
7. Política y Plan de Acción Financiero-Contable y Presupuestario
8. Política de Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y Otros Ingresos
9. Política de Gestión de Recursos Físicos e Inversiones
10. Política de Auditoría
11. Política de Comunicaciones Estratégica y Manejo de Marca Incáncer
12. Política de Sustentabilidad Ambiental

10.1. Política de Gestión de los Procesos Clínicos y de Apoyo y Plan de Gestión Clínica y Administrativa

La política de Gestión de Procesos Clínicos y de Apoyo tiene como objetivo la gestión integral de estos procesos, asegurando que el plan de gestión clínica y administrativa sea consistente con la realidad institucional de Incáncer, en el contexto del marco normativo vigente y de los desafíos que implica el impacto de la transformación digital en los procesos clínicos y de apoyo.

La gestión clínica deberá contribuir a otorgar una atención integral al usuario, favoreciendo la oportunidad y continuidad de la atención, a través de una coordinación efectiva con la Red Asistencial mediante el desarrollo de estrategias que fortalezcan la pertinencia en las atenciones. Para lograr este propósito, así como el conjunto de objetivos institucionales, la gestión de los procesos de apoyo es de vital importancia y, por lo mismo, estar permanentemente revisando y mejorando dichos procesos es una prioridad para el equipo de Incáncer.

La operacionalización de la política de Gestión de Procesos Clínicos y de Apoyo descansa en las siguientes orientaciones estratégicas:

- Mantener actualizados los manuales de organización y funciones (organigramas), cuadro de mando integral y operativo, en base a las carteras de prestaciones.
- Fortalecer el trabajo desarrollado con la red Asistencial, mejorando el proceso de referencia y contrarreferencia
- Disminuir los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y para consultas nuevas, propendiendo a otorgar una atención oportuna y de calidad.
- Actualizar los flujos de atención en base a las orientaciones normativas del Ministerio de Salud y el marco jurídico de los establecimientos autogestionados en red.
- Mantener una cartera de servicios acorde con el grado de complejidad técnica y especialidades determinadas por las autoridades del Ministerio de Salud y Servicio de Salud Metropolitano Norte, a través de la estandarización de procesos productivos intermedios y finales.

- Actualizar los procesos críticos de camas básicas, camas críticas, pabellones quirúrgicos y atención ambulatoria, detectando brechas e implementando planes de mejora.
- Optimizar el nivel de eficiencia, productividad y calidad de las prestaciones efectuadas por las diferentes unidades asistenciales del establecimiento, mejorando la coordinación y cooperación entre las distintas Unidades y Servicios Clínicos.
- Optimizar la utilización de la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos de la institución, a través de las distintas Subdirecciones del Instituto.

10.2. Política de Gestión de Calidad

El Instituto Nacional del Cáncer considera la Calidad como un elemento estratégico central, siendo la Dirección del Instituto la responsable de la conducción de la política en un contexto de cultura institucional de mejoramiento continuo de calidad.

La activa preocupación por la calidad es constitutiva de la misión del Instituto Nacional del Cáncer, centrada en prestar una atención de salud integral a los pacientes, desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador, con garantías de acceso y continuidad. Igualmente, el compromiso institucional con la calidad se expresa en la implementación de las actividades de docencia e investigación, dimensiones que, de acuerdo al marco

jurídico y normativo vigente, también deben ser desarrolladas por los Institutos, Incáncer entre ellos.

Objetivos de la 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.

Diseñar, implementar y monitorear un sistema de vigilancia de eventos adversos

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.

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

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

Las orientaciones estratégicas 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, con un enfoque centrado en las personas.
- Fortalecer la orientación de Incáncer hacia las necesidades de los pacientes y de la red oncológica nacional, identificando a dichos pacientes como usuarios del Instituto y considerando a los funcionarios de este como usuarios internos del sistema.
- Establecer y fortalecer sistemas para una gestión asistencial basada en procesos.
- Alinear las políticas institucionales de Incáncer con las políticas vigentes de calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud.

10.3. Política de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaría

La política de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaría de Incáncer, que se sustenta en el enfoque de derechos, es consistente y complementaria con la política de calidad antes explicada. Se busca que tanto los derechos como los deberes institucionales, sean realmente ejercidos y reconocidos, lo que demanda la existencia de espacios que acojan las preocupaciones y propuestas de la ciudadanía, brindando información de acuerdo a las necesidades.

Las orientaciones estratégicas de esta política se pueden sintetizar en las siguientes:

- Buen trato y actitud compasiva hacia los pacientes bajo escucha activa.
- Transparencia en la gestión.
- Igualdad de oportunidades para la participación.
- Diversidad de las organizaciones de la sociedad civil.
- Orientación al ciudadano y a sus necesidades.
- Integración territorial y el trabajo en red.

En particular, en el Instituto Nacional del Cáncer se pondrá énfasis en el acompañamiento y participación del paciente y su familia en el proceso de atención, bajo los principios de empatía y compasión que caracterizan a los funcionarios de la institución, de acuerdo a los lineamientos institucionales establecidos en la Misión, Visión y Valores de Incáncer. La política de participación ciudadana y satisfacción usuaria deberá impulsar, de forma transversal en la organización, el cumplimiento de los desafíos en esta área, los que se expresan en los indicadores de gestión y de resultados del cuadro de mando integral (BSC) de Incáncer. De este modo, el desarrollo e implementación de la política de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaria conducirá al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, procesos, atención, acercando a Incáncer a la población destinataria de sus servicios.

Componentes de la política de Participación Ciudadana y Satisfacción Usuaria del Incáncer

O.I.R.S. Debe contribuir a facilitar la atención de toda persona que realice gestiones en el establecimiento, orientándola, informándola y atendiendo sus reclamos y sugerencias, con el propósito de que esta reciba los servicios que presta el Instituto en las mejores condiciones de eficiencia y oportunidad.

Unidad de Auditoría. La Auditoría de Gestión como elemento integrador de autocontrol y diagnóstico continuo contribuye a evaluar el grado de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos institucionales. Considerando los recursos destinados a ellos.

Gestión del Cuidado y Oficina de Calidad. Contribuye supervisando permanente el funcionamiento óptimo de los procesos.

Unidad de Control de Gestión. Contribuye evaluando en forma permanente el funcionamiento de los procesos, con la finalidad de detectar anomalías, para poder aplicar medidas correctivas oportunas, evitando así la generación de dificultades que entorpezcan la satisfacción final del usuario.

Unidad de Participación y vinculación con pacientes. Tiene un rol fundamental para implementar: 1) Política de levantamiento de Información (procedimiento para la gestión de solicitudes ciudadanas de reclamos, felicitaciones, sugerencias, y denuncias); Aplicación de instrumentos para conocer la opinión de los usuarios internos y externos (encuestas; focus group); Consejo Consultivo, instancia fundamental de asesoría a la dirección en la fijación de políticas y en la definición de los planes institucionales; Comité de Gestión Usuaria (CGU), instancia de participación, coordinación, evaluación y análisis que asesora a la dirección del establecimiento en la vinculación con los usuarios, resolución eficiente y oportuna de áreas deficitarias, formulación de planes de mejora que permitan una mejor calidad de la atención y mayor satisfacción usuaria.

10.4. Política de Transformación Digital, Ciberseguridad y Gobernanza de Datos.

10.4.1 Transformación digital

La transformación digital es un pilar clave para modernizar nuestras operaciones, optimizar nuestros recursos y mejorar la experiencia del paciente. En esta línea, el Instituto Nacional del Cáncer tiene el desafío de avanzar hacia procesos completamente informatizados, de la mano del período de transición y gestión de cambio hacia el nuevo Instituto. La Institución debe avanzar en la implementación de tecnologías innovadoras y sistemas digitales que optimicen nuestros procesos internos, mejoren la eficiencia y calidad del cuidado, y fortalezcan la relación médico-paciente, compromisos que se hacen presentes en la misión, visión y objetivos estratégicos de la institución para el próximo período.

La formulación e implementación de una estrategia de transformación digital en la Institución, será impulsada desde la Unidad de Tecnologías de la Información y un Comité de Transformación digital, que recomendará a la Dirección los planes de acción e inversiones necesarias para avanzar en esta materia.

Tal como se plasma en la visión del instituto, fomentaremos una cultura de innovación dentro de nuestra institución, generando alianzas estratégicas que permitan gestionar recursos, desarrollar competencias y adoptar tecnologías emergentes, de la mano de la promoción de la investigación y desarrollo de soluciones innovadoras a problemáticas relevantes que impacten en nuestros pacientes y/o en la gestión institucional. La Institución levantará y mantendrá actualizada una cartera de iniciativas innovadoras, así como avanzará en la definición de procesos, espacios y criterios de priorización para el escalamiento e institucionalización de aquellas innovaciones que den cuenta de su efectividad.

10.4.2 Ciberseguridad

Uno de los principales riesgos de las organizaciones en un proceso de transformación digital es el riesgo de ciberseguridad, el que podría afectar al Instituto, a sus funcionarios y pacientes.

Se reconoce la importancia crítica de la seguridad de la información y ciberseguridad en este proceso y a la institución como parte de la infraestructura crítica nacional, por lo que estableceremos políticas y medidas de seguridad robustas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información y los sistemas digitales. Basados en la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y el trabajo interdisciplinario de la mayor parte de la dirección y subdirecciones del instituto, en coordinación con el Servicio de Salud, Ministerios y Agentes Nacionales e Internacionales expertos en el área.

10.4.3 Gobernanza de los datos

Un punto central dentro de la estrategia de transformación digital de la institución, tiene que ver con la gestión de la información, bien crítico para garantizar una atención segura y de calidad a nuestros pacientes, así como para una adecuada y asertiva toma de decisiones.

Es necesario explicitar que todos los conjuntos de datos técnicos que crean, reciben o mantienen funcionarios de Incáncer en todas las oficinas y unidades, en el marco de las actividades y labores que desarrollan, independientemente del formato de los datos, son propiedad de la institución y no de la persona o unidad que los recopila o los produce, no obstante lo anterior, la información clínica de los pacientes es de su propiedad, siendo responsabilidad de la Institución su custodia y uso para brindarle atención de salud y cumplir las funciones encomendadas en tanto establecimiento público de salud e Instituto de especialidad, en estricto cumplimiento de la normativa vigente.

La política institucional en materia de gobernanza de los datos será trabajada en el período de implementación de esta planificación, considerando como principios la búsqueda por cautelar el mantenimiento y el manejo eficiente y responsable de los datos generados por la labor del Instituto y garantizar que esos conjuntos de datos se validan, preserven y ponen a disposición para la toma de decisiones clínicas y de gestión con base en la mejor información posible, velando por un óptimo uso de recursos y siempre velando por el debido resguardo de la protección de la privacidad de los pacientes.

La institución debe velar por implementar políticas que garanticen su adecuada gestión y seguridad; considerando la implementación de políticas que resguarden los procedimientos de recopilación, almacenamiento, uso, divulgación, destrucción y eliminación, según corresponda, en línea con la normativa vigente y velando por incorporar los más altos estándares en beneficio del mejor cumplimiento de los objetivos y misión institucional.

Las políticas en esta materia se desarrollarán bajo la coordinación de una unidad técnica con especialización en ciencia de datos, y un comité interdisciplinario que será el espacio de análisis y priorización de acciones a recomendar a la Dirección Institucional para su implementación.

10.5. Política de Gestión y Desarrollo de Personas

La política de Gestión y Desarrollo de las Personas del Instituto Nacional del Cáncer está orientada a integrar a todos los estamentos funcionarios bajo un enfoque de derechos y deberes funcionarios, propendiendo a fortalecer el desarrollo integral de las personas en las distintas unidades, departamentos y Subdirecciones de Incáncer. Los principios que guían la implementación de esta política son los siguientes:

- Cuidado de las personas y los equipos bajo un enfoque apreciativo.
- Retención del talento a través del desarrollo de incentivos no pecuniarios y una perspectiva innovadora, en el marco de respeto del estatuto administrativo y la legislación vigente.
- Prevención de riesgos laborales y psicosociales con enfoque de género y vulnerabilidad.
- Gestión de conflictos, emociones y retroalimentación continua.
- Orientación a la gestión del conocimiento.
- Promoción, mentoría y acompañamiento profesional en procesos de sucesión de cargos.
- Gestión del cambio, tanto lo que implica la modificación de la estructura organizacional, como el proceso de transición hacia el nuevo Instituto Nacional del Cáncer, revisando roles y funciones para trabajar con mayor flexibilidad y eficiencia.

Será foco de esta política la gestión de las personas respecto a las actividades de aprendizaje y crecimiento descritas en los indicadores del cuadro de mando integral y las definiciones de Misión, Visión y Valores de Incáncer. Esta gestión estará orientada a que las personas tengan las competencias para mantener la motivación frente a los desafíos crecientes que enfrenta la institución, dadas las necesidades y expectativas de la población a cargo. Lo anterior implica personal suficiente en cantidad, competente y comprometido con los objetivos sanitarios de la institución y de la red a la cual el Instituto pertenece, con miras a las nuevas instalaciones que tendrá el Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, donde se espera una mayor cantidad de pacientes y una cartera de prestaciones más compleja. Además, se trabajará en fortalecer las condiciones contractuales y el clima laboral, apuntando a una mejor calidad de vida al interior de la institución.

Principales ámbitos para la implementación de la Política de Gestión y Desarrollo de Personas

Reclutamiento y selección de personal. Se efectuarán de acuerdo a la normativa vigente y en el marco de buenas prácticas laborales, basando la selección de las personas en descripciones y perfiles de cargos actualizados por los equipos pertinentes.

Acogida e Integración de Personas. Los nuevos funcionarios (nuevos en la institución o en el puesto de trabajo), participarán en el Programa de Inducción del Instituto Nacional del Cáncer, con el fin de que adquieran conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales.

Calificaciones y Evaluación de Desempeño. Tendrá por objeto identificar las fortalezas y debilidades de los trabajadores en el desarrollo de sus funciones, permitiendo el reconocimiento institucional al buen desempeño funcionario, la identificación de brechas por competencias y servir de orientación del programa anual de capacitación para el desarrollo y/o fortalecimiento de las mismas.

Formación y Capacitación. Se potenciará el desarrollo de competencias laborales transversales y específicas en los funcionarios, asegurando la pertinencia y satisfacción de las necesidades de la institución según las exigencias de los usuarios, a través de una capacitación continua, permanente, de calidad, con amplia cobertura y accesibilidad.

Dotación y Planificación. Se determinarán brechas cualitativas y cuantitativas del recurso humano, obteniendo información objetiva de la producción de acciones de salud y de uso de recursos asociados a su entrega, de manera que se pueda realizar una óptima organización y planificación del trabajo, en el contexto del proceso de transición hacia las nuevas instalaciones hospitalarias.

Calidad de vida laboral. Se trabajará en la implementación de estrategias que mejoren la calidad de vida laboral de los funcionarios, con el fin de disminuir la aparición de enfermedades físicas o mentales asociadas a la carga de trabajo y así a su vez disminuir el índice de ausentismo laboral.

Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos. Se trabajará fortaleciendo las distintas unidades, con el fin de mejorar las condiciones de trabajo, implementando las medidas preventivas y/o correctivas pertinentes, para disminuir las posibilidades de accidentes laborales y/o desarrollo de enfermedades profesionales. Se promoverá el desarrollo de las tareas habituales en un ambiente limpio y seguro, para minimizar los riesgos químicos, físicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos presentes en los lugares de trabajo.

Se pondrá el foco en las condiciones para el desempeño laboral, para lo cual la institución deberá:

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.

10.6. Política de Planificación y Control de Gestión

La política de Planificación y Control de Gestión expresa la visión estratégica del Instituto Nacional del Cáncer, demandando un esfuerzo permanente para mantener actualizado el diagnóstico de la situación institucional actual, así como del cumplimiento de los objetivos que permiten transitar hacia la situación futura deseada. Esto cobra particular relevancia en el periodo 2023-2027, en el contexto de conducir la transición desde el actual Instituto al Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, que funcionará en las nuevas dependencias del establecimiento. Los principios en los que descansa esta política son los siguientes:

- Probidad y transparencia en la administración de los recursos, dando cumplimiento a las exigencias que establece la normativa vigente.
- 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.
- Excelencia, Calidad y Mejoría Continua, tanto del quehacer Técnico Asistencial como Administrativo, centrando en el usuario como actor principal del quehacer Institucional.
- Revisión y homogenización de roles y funciones en torno a planificación y control de gestión de las distintas unidades o servicios.
- Revisión y adecuación del organigrama (estructura organizacional) para el período de transición y para el futuro Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, generando estrategias y actividades que apunten a una mejoría de las dependencias funcionales en aquellos cargos definidos con este modelo.
- Cumplimiento del Principio de Apoyo a la Gestión, que deberá reflejarse en acciones concretas tales como:
 - *Autogestión*. Se trabajará en el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a lograr cumplimiento que permita mantener condición de Establecimiento Autogestionado en Red.

- *Metas Sanitarias*. Se trabajará en el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a dar cumplimiento a los indicadores de las metas sanitarias derivadas del marco jurídico vigente y del rol rector que corresponde al Ministerio de Salud.
- *Compromisos de Gestión (COMGES)*. Se trabajará en el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a dar cumplimiento a cada uno de los indicadores y metas asociadas a los compromisos de gestión comprometidos por Incáncer.

10.7. Política y Plan de Acción Financiero-Contable y Presupuestario

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 y de facilitación y apoyo de las actividades propias del Instituto, definidas en la misión y objetivos estratégicos. Los principios orientadores de la política financiera de Incáncer en la administración de sus recursos, son los siguientes:

- Probidad administrativa y transparencia en la administración de los recursos.
- Facilitar, dentro de las posibilidades del marco normativo vigente, el desarrollo del quehacer asistencial, docente y de investigación del Instituto, con el propósito de impactar positivamente en la resolución de problemas de salud oncológicos de la población.
- Utilización de sistemas de información presupuestaria para la gestión financiera, SIGFE.
- Utilización de sistemas de control y monitoreo de presupuesto y gasto por unidad y por ítem presupuestario, según corresponda.
- Utilización de sistemas de costos, relación producción – costos.
- Equilibrio financiero en la programación sanitaria.
- Oportunidad e integridad de información presupuestaria y en la rendición de gastos.
- Control efectivo del endeudamiento y relación con proveedores (plazos de pago)

Criterios para la implementación de la Política y Plan de Acción Financiero-Contable y Presupuestaria del Incáncer

Ingresos

Ingresos Propios.

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, a través de alianzas para la búsqueda de fuentes de financiamiento que acompañen el desarrollo de la institución, con equidad en relación al componente clínico y los suficientes recursos para el apoyo a la gestión que redunden en la mejora de la productividad, eficiencia y eficacia.

Fortalecer la obtención de fondos propios que resulten de las actividades de docencia e investigación, en línea con la misión y visión definidas para el hospital.

Transferencias Públicas

Monitorear que los recursos presupuestarios sean recibidos oportuna y correctamente de acuerdo al presupuesto anual y las respectivas expansiones presupuestarias.

Fuentes de Financiamiento Externa

Crear y mantener un banco integrado de proyectos, de manera de postular a las distintas fuentes de financiamiento existentes, tanto públicas como privadas (MINSAL, FNDR, ONG, etc).

Gastos

Bienes y Servicios de Consumo

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.

Inversión

Para lograr un crecimiento y desarrollo con perspectiva estratégica en el marco del proceso de transición del Instituto hacia sus nuevas instalaciones, se definirá anualmente un Plan de Inversiones que contribuya directamente al cumplimiento del Plan de Desarrollo Estratégico. Dicho plan deberá contemplar monto, forma de financiamiento y monitoreo de la ejecución de los recursos destinados 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 manejo se hará de acuerdo a los criterios establecidos en el marco normativo vigente, considerando orientaciones de la Autoridad y presupuesto autorizado al establecimiento. 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

Se efectuarán Auditorías Financiero - Contables, para garantizar se cumpla con el principio de legalidad y probidad de los actos de la administración del Estado. Las auditorías desarrolladas en el Programa Anual de Auditorías de la Unidad de Auditoría del Incáncer, deberán proporcionar un Plan de Mejoras cuando sea pertinente.

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

La política de Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y Otros Ingresos es sintónica con la política Financiera del Instituto Nacional del Cáncer y tiene como propósito determinar criterios, lineamientos y directrices para regular los procesos recaudatorios que competen a ingresos de operación y otros Ingresos de Incáncer. El sustento básico de esta política, al igual que la política financiera, es que los recursos contribuyan a facilitar las actividades propias Instituto, definidas en la misión y objetivos estratégicos. Los principios orientadores de la política de Procedimientos de Recaudación de Ingresos de Operación y Otros Ingresos del Incáncer, son los siguientes:

- Probidad y transparencia en la recaudación de los ingresos, dando cumplimiento a la normativa que establece el marco legal vigente.
- 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, enmarcadas en los conceptos de Excelencia, Calidad y Mejoría Continua del quehacer administrativo, teniendo al usuario como centro del quehacer Institucional.
- Optimizar la recaudación de ingresos por otras actividades propias de la institución con énfasis en investigación y docencia de acuerdo a los objetivos planteados en el Cuadro de Mando Integral.
- Capacitar permanentemente al personal que desempeñe la función de recaudación, tanto en materia de normativa como uso de tecnologías de apoyo.
- Mantener una actitud proactiva y de flexibilidad, dentro del marco normativo vigente, para enfrentar los desafíos de gestión asociados al proceso de transición desde la situación actual hacia el Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, que funcionará en las nuevas dependencias del establecimiento.

10.9. Política de Gestión de Recursos Físicos e Inversiones

La política de Recursos Físicos e Inversión del Instituto Nacional del Cáncer contempla:

- Diseñar el Plan de Inversión Anual en consistencia con los requerimientos que establece el Plan Estratégico de largo plazo y con el Presupuesto autorizado para el establecimiento, efectuando las modificaciones que corresponda al Plan, de acuerdo a la dinámica que requiera el establecimiento y las directrices que determine la Dirección del Instituto.
- Generar un plan de transición, que implique desarrollar inversiones de reposición eficiente y que, teniendo presente el horizonte de las dependencias y equipamiento del Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, puedan ir dando respuestas a necesidades impostergables en las actuales dependencias institucionales.
- Formular proyectos de inversión y mantener actualizado un banco integrado proyectos.
- Fortalecer las alianzas estratégicas que permitan contar con los recursos para las actividades propias del Instituto.
- Postular los proyectos que contenga el Plan de Inversiones a las distintas fuentes de financiamiento que existen, tanto Públicas como Privadas.
- Utilizar eficientemente los recursos presupuestarios asignados al Instituto Nacional del Cáncer para a inversiones.
- Cumplir estrictamente con las normas de probidad administrativa que establece el marco jurídico actual, de manera de fortalecer la transparencia en la utilización de los recursos, así como 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 y sinergia 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, en este ámbito.
- Efectuar informes de ejecución de los proyectos de obras civiles, equipos y equipamiento.

10.10. Política 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. La Unidad se constituye, de esta manera, en un elemento integrador de autocontrol y diagnóstico continuo para la institución, aplicando para ello el enfoque basado en riesgos (probabilidad y exposición).

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.

Las orientaciones que sustentan la implementación de política de Auditoría Interna del Instituto Nacional del Cáncer son las siguientes:

- Asesorar a la Dirección del establecimiento de forma periódica y continua, con visión de procesos manteniendo actualizada la matriz de riesgos institucional.
- Aplicar un análisis de auditoría priorizado por riesgo (probabilidad y magnitud del evento) para definir los procesos a auditar, considerando el potencial incumplimiento de indicadores claves de gestión (BSC) que afecten la visión, misión y valores de Incáncer.
- 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 Instituto, Dirección del Servicio de Salud, Ministerio de Salud y 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.

10.11. Política de Comunicaciones Estratégica y Manejo de Marca Incáncer

La política de Comunicaciones del Instituto Nacional del Cáncer, tiene por propósito fortalecer y asegurar que la comunicación estratégica del establecimiento sea consistente y concordante con la misión, visión, valores y objetivos estratégicos definidos para el periodo de planificación estratégica 2023 – 2027, con énfasis en el cuidado de la imagen corporativa de Incáncer. En este sentido, la estrategia de comunicaciones de Incáncer debe aportar al posicionamiento deseado en pacientes, colaboradores, opinión pública y Ministerio de Salud (y otras Autoridades relevantes), que permita al Instituto transformarse en un referente en el manejo del cáncer en Chile.

Objetivo General de la política

Facilitar la articulación de estrategias, planes y acciones comunicacionales que contribuyan al desarrollo institucional, permitiendo que Incáncer sea reconocido internamente y posicionado externamente como un hospital líder en atención oncológica, caracterizado por su calidad, humanización, sentido social y personal altamente especializado. El cumplimiento de la política estratégica comunicacional y de posicionamiento de marca es una tarea de toda la institución, lo que requiere que esta política sea conocida por los funcionarios de las diferentes unidades y servicios de Instituto, permitiendo así que, sintiéndola propia, se genere un alineamiento de todos y todas respecto a la marca Incáncer.

Objetivos Específicos:

- Asesorar comunicacionalmente a las autoridades de Incáncer y desarrollar la capacidad de vocería institucional, con apego a las directrices de la Autoridad Ministerial.
- Proyectar la Imagen Corporativa, estableciendo un ordenamiento de acciones comunicacionales para garantizar una proyección adecuada de la imagen corporativa de Incáncer.

- Facilitar la comunicación interna efectiva entre los distintos estamentos de Incáncer y la comunicación externa con los diversos públicos, fortaleciendo así la conexión institucional.
- Definir y aplicar un plan de comunicación de gestión del cambio hacia el Nuevo Instituto Nacional del Cáncer, con un foco comunicacional centrado en la visibilización del cambio y en una efectiva comunicación interna sobre el avance del proceso para hacer un manejo eficiente de la curva del cambio (diferentes emociones, estados de ánimo) y expectativas respecto al proceso, trabajando coordinadamente con el área de gestión y desarrollo de las personas.
- Contribuir a una gestión administrativa eficiente mediante la implementación de prácticas de comunicación que optimicen los procesos internos del Instituto.

Medios y plataformas de comunicación para la implementación de la política de Comunicaciones Estratégica y Manejo de Marca Incáncer

Incáncer velará y propiciará la existencia de una Unidad de Comunicaciones que cuente con los recursos técnicos, humanos y financieros necesarios para dar cumplimiento a los requerimientos comunicacionales internos y externos de la institución.

Incáncer dispondrá de los recursos que se requieran para la mantención y mejoramiento continuo de canales digitales y análogos de comunicación, así como también el uso de Relaciones Públicas como parte de su estrategia comunicacional.

Comunicados. Se distribuirán en formato impreso o electrónico, garantizando la difusión eficiente de información relevante entre y para las unidades.

Página Web. Se mantendrá una plataforma web actualizada, acorde a los requerimientos y objetivos de posicionamiento de marca de la institución.

Redes Sociales. Se utilizarán plataformas de redes sociales para promover la interacción, compartir contenido relevante y mantener una presencia activa en línea.

Manejo de reclamos y comentarios en redes sociales. Se cultivará un enfoque proactivo y cercano frente a comentarios positivos y negativos sobre Incáncer.

Participación en Eventos. Se fomentará la participación del Incáncer en eventos docentes e investigativos, así como en reuniones organizadas por municipalidades, entidades educacionales y agrupaciones de pacientes. Se prestará apoyo, cobertura y difusión de dicha participación.

- Mejorar y fortalecer los mecanismos de comunicación interna y externa de Incáncer, guiando las estrategias comunicacionales que se desarrollen en la institución.
- Promover de manera activa, a través de todas las iniciativas comunicacionales, los valores y principios establecidos en el proceso de planificación estratégica y que otorgan sentido de identidad a Incáncer.
- Definir orientaciones de políticas y estrategias comunicacionales, así como vocerías (entrenamiento), para hacer gestión comunicacional de crisis.
- Definir una política específica asociada al logo de Incáncer y su uso, que oriente el comportamiento funcionario con impacto comunicacional, con énfasis en buenas prácticas de comunicación.
- Evaluación de la política comunicacional estratégica y del posicionamiento obtenido por Incáncer, aplicando métricas de medición y seguimiento respecto a la vinculación con misión, visión y valores institucionales.

10.12. Política de Sustentabilidad Ambiental

La política de Sustentabilidad Ambiental tiene por objetivo fortalecer la articulación y coordinación de Incáncer en las materias relacionadas con gestión ambiental, colaborando en la mejora oportuna de los procesos y la realización de acciones preventivas y correctivas del ámbito de acción en la Institución. Así mismo, colaborar con el desarrollo, implementación y evaluación de planes y programas referidos a la Sustentabilidad Ambiental.

Los principios orientadores de la Política de Sustentabilidad Ambiental, son los siguientes:

- Elaborar la planificación anual de acciones a realizar en la Institución, relacionadas a la sustentabilidad ambiental.
- Realizar reuniones periódicas con referentes del establecimiento para coordinación y seguimiento de la implementación de las políticas de sustentabilidad ambiental.
- Promover iniciativas para el manejo de REAS (Residuos de Establecimientos de Atención de Salud).

Plan Estratégico 2023 – 2027



- Promover iniciativas de minimización de residuos, a través de la inclusión de actividades asociadas a la reutilización y gestionar iniciativas de reciclaje.
- Monitorear, procesar y reportar indicadores asociados a la sustentabilidad ambiental.
- Realizar campañas de promoción y sensibilización en materias de sustentabilidad ambiental.
- Capacitar a los referentes de las distintas áreas de trabajo de la Institución en las temáticas referentes a sustentabilidad ambiental.
- Capacitar de manera activa a la comunidad a cargo del Instituto, en caso que se requiera, en temas de sustentabilidad ambiental, tales como procedimientos internos en el establecimiento y normativas aplicables que se creen o se actualicen.
- Velar porque se cumplan las medidas de control establecidas para los aspectos ambientales aplicables a la Institución.

XI. PLAN DE INVERSIONES 2023-2027

Consideraciones Generales

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

- Misión – Visión – Objetivos Estratégicos.
- Balanced Scorecard
- Políticas de Recursos Físicos e Inversiones.
- Catastro actual del equipamiento médico, industrial y de apoyo con que cuenta el establecimiento.
- 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.

En el Proceso de Planificación Estratégica año 2023 – 2027, es fundamental revisar el plan de inversiones actual y poder integrarlo con los Objetivos Estratégicos de la institución, pudiendo determinar acciones de mejora en las distintas etapas desde la formulación, tramitación y ejecución del mismo.

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.

Subt.	Ítem	Asig.	NOMBRE	
22	06		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	
			Mantenimiento y Reparaciones	
		001	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	
		002	Mantenimiento y Reparación de Vehículos	
		003	Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	
		004	Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos d	
		005	Mantenimiento y Reparación de Maquinaria y Equipos	
		006	Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y	
	007	Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos		
29			ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	
	01		Terrenos	
	02		Edificios	
	03		Vehículos	
	04		Mobiliario y Otros	
	05			Máquinas y Equipos
		001		Máquinas y Equipos de Oficina
		002		Maquinarias y Equipos para la Producción
		999		Otras
	06			Equipos Informáticos
		001		Equipos Computacionales y Periféricos
		002		Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas
	07			Programas Informáticos
		001		Programas Computacionales
		002		Sistemas de Información
99			Otros Activos no Financieros	
31			31 INICIATIVAS DE INVERSIÓN	
	01		01 Estudios Básicos	
		001		001 Gastos Administrativos
		002		002 Consultorías
	02			02 Proyectos
		001		001 Gastos Administrativos
		002		002 Consultorías
		003		003 Terrenos
		004		004 Obras Civiles
		005		005 Equipamiento
		006		006 Equipos
		007		007 Vehiculos
		999		999 Otros Gastos
	03			03 Programas de Inversión
		001		001 Gastos Administrativos
		002		002 Consultorías
		003		003 Contratación del Programa

PLAN DE INVERSIONES 2023–2027

El Instituto Nacional del Cáncer, al encontrarse en proceso de normalización, presenta la disyuntiva de no poder ser sujeto de inversiones de mayor cuantía e impacto en infraestructura y equipamiento, o estas son de muy difícil aprobación a pesar de ser fundamentales para mantener la continuidad operacional.

Por esta razón los mayores gastos son 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.

Evaluación Plan de Inversión 2023 Subtítulo 29

Para la ejecución del año 2023 se presentaron 52 proyectos de inversión, 43 de equipamiento y 9 de mobiliario, por un total de M\$15.130.853.

De estos sólo se aprobó por el MINSAL un 33%, correspondiente a M\$5.006.426, exclusivamente del ítem equipamiento.

Tipo de Inversión	CANTIDAD	TOTAL PROY M\$	TOTAL EJEC M\$
EQUIPO	43	\$15.045.251	\$5.006.426
MOBILIARIO	9	\$85.602	\$0
Total general	52	\$15.130.853	\$5.006.426

Plan Estratégico 2023 – 2027



Al realizar el análisis por unidad o área, se observa que los 52 proyectos se concentran en 14 unidades o áreas.

A nivel de monto de inversión el 65% de los proyectos corresponden a Radioterapia, (11 proyectos), Imagenología con un 8,7% (3 proyectos), Medicina Nuclear con 4,7% (1 proyecto) e Informática con un (4,1%), representando estas cuatro unidades cerca del 83% de la cartera de inversión.

N°	UNIDAD/AREA	CANTIDAD	TOTAL PROY M\$	%	% Acum
1	RADIOTERAPIA	11	\$9.883.173	65,3%	65,3%
2	IMAGENOLOGÍA	3	\$1.320.750	8,7%	74,0%
3	MEDICINA NUCLEAR	1	\$710.983	4,7%	78,7%
4	INFORMÁTICA	1	\$618.937	4,1%	82,8%
5	HOSPITALIZACIÓN	1	\$611.837	4,0%	86,9%
6	PABELLONES QUIRÚRGICOS	3	\$606.571	4,0%	90,9%
7	ENDOSCOPIA	1	\$409.105	2,7%	93,6%
8	RECINTOS GENERALES	21	\$329.022	2,2%	95,8%
9	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y ENDOSCÓPICOS	1	\$326.893	2,2%	97,9%
10	FARMACIA	1	\$166.600	1,1%	99,0%
11	ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	\$65.000	0,4%	99,5%
12	REHABILITACIÓN	1	\$51.580	0,3%	99,8%
13	HOSPITALIZACIÓN / UTI	5	\$27.665	0,2%	100,0%
14	ESTERILIZACIÓN	1	\$2.737	0,0%	100,0%
Total general		52	\$15.130.853	100,0%	

Plan Estratégico 2023 – 2027



De los proyectos por unidad, se observa unidades que no recibieron financiamiento (en rojo) y otros que recibieron entre el 85% y 100% de lo proyectado (verde)

N°	UNIDAD/AREA	CANTIDAD	TOTAL PROY M\$	TOTAL EJEC M\$	% Aprob
1	RADIOTERAPIA	11	\$9.883.173	\$3.728.271	37,7%
2	IMAGENOLOGÍA	3	\$1.320.750	\$0	0,0%
3	MEDICINA NUCLEAR	1	\$710.983	\$651.071	91,6%
4	INFORMÁTICA	1	\$618.937	\$0	0,0%
5	HOSPITALIZACIÓN	1	\$611.837	\$0	0,0%
6	PABELLONES QUIRÚRGICOS	3	\$606.571	\$131.109	21,6%
7	ENDOSCOPIA	1	\$409.105	\$0	0,0%
8	RECINTOS GENERALES	21	\$329.022	\$25.388	7,7%
9	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y ENDOSCÓPICOS	1	\$326.893	\$277.569	84,9%
10	FARMACIA	1	\$166.600	\$166.600	100,0%
11	ANATOMÍA PATOLÓGICA	1	\$65.000	\$0	0,0%
12	REHABILITACIÓN	1	\$51.580	\$0	0,0%
13	HOSPITALIZACIÓN / UTI	5	\$27.665	\$26.418	95,5%
14	ESTERILIZACIÓN	1	\$2.737	\$0	0,0%
Total general		52	\$15.130.853	\$5.006.426	33,1%
				33%	

En el análisis del porcentaje de aprobación de proyectos con el equipo directivo a cargo se desprenden las siguientes conclusiones preliminares:

- Una alta concentración de los proyectos en pocas unidades, que puede estar dado por un mayor interés o trabajo por parte de los referentes de estas, así como definiciones de priorización ya existentes por parte del equipo directivo.
- Hay competencias técnicas diversas y heterogéneas en los equipos locales con pocas herramientas para la formulación y desarrollo de proyectos de inversión.
- Hay un trabajo de coordinación con el Servicio de Salud que puede mejorarse en relación con aumentar el porcentaje de aprobación de proyectos.
- No existe retroalimentación por parte del MINSAL de las razones de rechazo de un proyecto.
- No hay un trabajo con stakeholders en las distintas etapas del proyecto que pudiesen colaborar tanto en la formulación como seguimiento de este.

Ejecución Presupuestaria Subtítulo 29

El presupuesto final, considerando los aportes sectoriales y los ingresos propios correspondieron a M\$5.299.983, de los cuales se ejecutaron M\$5.050.629, correspondiente a un 95,3% de la cartera de inversión.

Según el análisis con el equipo directivo a cargo, este alto nivel de ejecución presupuestaria es una fortaleza institucional, basada en un trabajo coordinado al interior de las distintas unidades, pero con un alto nivel de exigencia de los equipos técnicos, que tienen que compartir sus funciones operativas con las de implementación de estos proyectos.

El tener una cartera con varios proyectos en estado de formulación, ha permitido que frente a los requerimientos del MINSAL de reasignación de fondos de otras instituciones con subejecución presupuestaria, se acuda al Incáncer para financiar proyectos de esta cartera. Esto correspondía a un 5% del total de la cartera ejecutada. No pudiéndose ejecutar otros proyectos no por incapacidad técnica de la Institución si no por falta de stock por parte de los proveedores.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Presupuesto S29 Año 2023

EQUIPO/ EQUIPAMIENTO / INSTRUMENTAL	ITEM	CANTIDAD	COSTO UNITARIO M\$ IVA INCL	TOTAL M\$ IVA INCL	DECRETO	
Presupuesto Propio - Urgencias No Programadas				\$ 73.786		
Camillas Policlínico Radioterapia	2904	5	\$ 2.916	\$ 14.578	Propio	
MEL	2905	-	-	\$ 6.010	Propio	
Split	2905	1	\$ 3.033	\$ 3.033	Propio	
Split	2905	1	\$ 7.135	\$ 7.135	Propio	
Splits Informática	2905	3	\$ 4.488	\$ 13.464	Propio	
Split Sala Servidores RT	2905	1	\$ 1.500		Propio	
Bomba Calor Alimentación	2905	1	\$ 500		Propio	
Split Farmacia - Dosis Unitaria	2905	1			Propio	
Split Asesoría Jurídica	2905	1			Propio	
Split PET	2905	1			Propio	
Split Coordinación RT Sur	2905	1			Propio	
Split Estar TENS QT Hospitalizados	2905	1			Propio	
Split TAC Imagenología - 60.000 BTU	2905	1			\$ 4.000	Propio
Transductor	2905	1	\$ 8.283		\$ 8.283	Propio
Centrífuga Laboratorio Clínico	2905	1	\$ 3.495	\$ 3.495	Propio	
Videolaringoscopio	2905	1	\$ 34.391	\$ 26.000	Propio	
Transductor	2905	1	\$ 12.210	\$ 12.210	Propio	
Motor Reciprocante	2905	1	\$ 4.298	\$ 4.298	Propio	
Cable Motor	2905	1	\$ 797	\$ 797	Propio	
Refrigerador Clínico	2905	1	\$ 1.198	\$ 1.198	Propio	
Selladora	2905	1	\$ 1.836	\$ 1.836	Propio	
				\$ 106.337		
Decreto 133				\$ 572.531		

Plan Estratégico 2023 – 2027



EQUIPO/ EQUIPAMIENTO / INSTRUMENTAL	ITEM	CANTIDAD	COSTO UNITARIO M\$ IVA INCL	TOTAL M\$ IVA INCL	DECRETO
Cortadora y Envasadora Automática de Dosis Unitaria	2905	1	\$ 166.600	\$ 166.600	133
Monitor Signos Vitales Mediana Complejidad	2905	5	\$ 5.291	\$ 26.455	133
Torre de Endoscopia con Carro y Monitor de Calidad Médica	2905	1	\$ 106.564	\$ 106.564	133
Videocolonoscopio con Magnificación Óptica y Cornoendoscopia	2905	2	\$ 57.583	\$ 115.166	133
Videopanendoscopia con Magnificación Óptica y Cornoendoscopia	2905	3	\$ 52.582	\$ 157.746	133
				\$ 572.531	
Decreto 179				\$ 4.530.100	
Set de Aplicadores para Braquiterapia	2905	1	\$ 175.822	\$ 175.822	179
SPECT	2905	1	\$ 672.910	\$ 672.910	179
Equipo SPECT	2905	1			179
Campana	2905	1			179
Fantoma, fuentes patrón y ladrillos	2905				179
Acelerador Lineal y Accesorios Posicionamiento	2905	1	\$ 3.681.368	\$ 3.681.368	179
Control de Calidad					
				\$ 4.530.100	
Decreto 1190				\$ 123.566	
Instrumental Quirúrgico Crítico	2905	1	\$ 123.566	\$ 123.566	1190
				\$ 123.566	

Total Proyectos Decretados MINSAL

5.299.983

Ejecución Proyectos S29 Año 2023

EQUIPO/ EQUIPAMIENTO / INSTRUMENTAL	MONTO TOTAL \$	Observaciones
Presupuesto Propio - Urgencias No Programadas	\$ 69.592	
Camillas Policlínico Radioterapia	\$ -	DIPRES no autorizó el traspaso de presupuesto a Mobiliario solicitado en febrero de 2023.
MEL	\$ 4.206	Depende de proceso de aprobación de proyectos a cargo de SDGDP.
Split	\$ 3.033	Adquirido.
Split	\$ 7.135	Adquirido.
Splits Informática	\$ 11.338	Adquirido.
Split Sala Servidores RT		Adquirido.
Bomba Calor Alimentación		Adquirido.
Split Farmacia - Dosis Unitaria		Adquirido.
Split Asesoría Jurídica		Adquirido.
Split PET		Adquirido.
Split Coordinación RT Sur		Adquirido.
Split Estar TENS QT Hospitalizados		Adquirido.
Split TAC Imagenología - 60.000 BTU		\$ 3.881
Transductor	\$ 8.208	359-2040-SE23. Compra por TD.
Centrífuga Laboratorio Clínico	\$ 3.495	Adquirido.
Videolaringoscopio	\$ 7.956	Emisión errónea de OC. Traspaso a 2024.
Transductor	\$ 12.210	Adquirido.
Motor Reciprocante	\$ 4.298	Adquirido.
Cable Motor	\$ 797	Adquirido.
Refrigerador Clínico	\$ 1.198	Adquirido.
Selladora	\$ 1.836	Adquirido.
	\$ 69.592	

Plan Estratégico 2023 – 2027



EQUIPO/ EQUIPAMIENTO / INSTRUMENTAL	MONTO TOTAL \$	Observaciones
Decreto 133	\$ 470.587	
Cortadora y Envasadora Automática de Dosis Unitaria	\$ 166.600	Adquirido.
Monitor Signos Vitales Mediana Complejidad	\$ 26.418	Adquirido.
Torre de Endoscopia con Carro y Monitor de Calidad Medica	\$ 277.569	Adquirido.
Videocolonoscopio con Magnificación Óptica y Cormoendoscopia		Adquirido.
Videopanendoscopio con Magnificación Óptica y Cormoendoscopia		Adquirido.
	\$ 470.587	
Decreto 179	\$ 4.379.342	
Set de Aplicadores para Braquiterapia	\$ 200.000	TD Res. Ex. N°1503 24/10/2023.
SPECT	\$ 651.071	
Eqipo SPECT	\$ 575.878	Segunda licitación ID 359-45-LR23. Ejecutado.
Campana	\$ 52.425	Ejecutado.
Fantoma, fuentes patrón y ladrillos	\$ 22.767	Ejecutado.
Acelerador Lineal y Accesorios Posicionamiento	\$ 3.079.690	Licitación ID 359-30-LR23. Adjudicada (TR) y con contrato. Ejecutado.
Control de Calidad	\$ 448.581	Ejecutado.
	\$ 4.379.342	
Decreto 1190	\$ 131.109	
Instrumental Quirúrgico Crítico	\$ 131.109	Licitación 359-70-LP23. Las ofertas recibidas son por \$123.492.695 para el instrumental y \$7.616.000 para el calentador de sueros (IVA incluido). El monto total es de \$131.108.695. La diferencia alcanza los \$7.542.695. Ejecutado.
	\$ 131.109	

Ciclo de Desarrollo de Proyectos

El ciclo de desarrollo de proyectos el interior de Incáncer se puede resumir en la siguiente figura, en donde se comienza con un levantamiento del requerimiento al interior de Incáncer, desarrollo del proyecto desde el nivel de perfil a prefactibilidad, evaluación del equipo directivo, evaluación por parte del SSMN, del MINSAL y posterior ejecución de los proyectos aprobados.



En la tabla siguiente se muestran las actividades relacionadas con cada etapa, así como las brechas detectadas en conjunto con el equipo directivo a cargo y algunas estrategias de mejora para abordar las brechas respectivas.

Plan Estratégico 2023 – 2027



Etapa	Actividad	Brechas	Estrategia
Levantamiento Requerimiento	Referentes locales (jefes de servicio, subdirecciones), unidades técnicas, Dirección identifica requerimiento y lo trabaja con referentes locales.	1) Heterogeneidad en las competencias de formulación de proyectos. 2) No existe un calendario de presentación	1) Capacitación a referentes locales en formulación de proyectos. 2) Realizar reunión y llamado a la presentación de proyectos. 3) Priorización según objetivos estratégicos.
Desarrollo Proyecto	Unidad de Proyecto formula el proyecto en forma conjunta con referentes locales	1) Unidad de Proyectos con número insuficiente de profesionales. 2) No se cuenta con todas las especialidades 3) Tiempo no asignado a referentes locales.	1) Capacitación a referentes locales en formulación de proyectos. 2) Fortalecer dotación de la unidad. 3) Evaluar posibilidad de consultorías o apoyo del servicio. 4) Calendarización y plan de contacto. <ul style="list-style-type: none"> Definir ruta en función de futuro modelo de concesiones
Evaluación Equipo Directivo	Equipo directivo realiza evaluación y priorización de proyectos (impacto en cartera de servicio y criticidad) Se realiza envío a SSMN	1) Criterios de priorización ajustados 2) No hay tiempo asignado y programado para esta etapa. 3) Perfiles diversos que aportan, pero no siempre con una metodología de proyectos.	1) Desarrollo metodología y matriz de priorización. 2) Capacitación a referentes locales en formulación de proyectos. 3) Socializar con Stakeholders y SSMN. 4) Determinación de fuentes de financiamiento según tipo de proyecto. 5) Promoción y evaluación de desarrollo de recursos de diversa naturaleza (ingresos propios, donaciones, convenios)
Evaluación Proyecto SSMN	Evaluación por referentes técnicos según línea de financiamiento. Determinando pertinencia y prioridad	1) Modificación en la revisión y ratificación de priorización por parte de la Subdirección de Gestión Asistencial (SDGA) del SSMN	1) Plan de trabajo conjunto entre áreas administrativas y clínicas. 2) Invitación a capacitación.

Etapa	Actividad	Brechas	Estrategia
	Subdirección de Gestión Asistencial (SDGA) del SSMN ratifica priorización. Envío a MINSAL	2) En la configuración de cartera de la red no hay interacción entre Subdirección Médica Asistencial (SDMA) del Incáncer y SDGA del Servicio.	3) Plan de contacto con stakeholders.
Evaluación MINSAL	Evaluación por área de Inversiones, gabinete y DIGERA. Aprobación de proyectos presentados	1) Bajo nivel de aprobación (33%) 2) No hay una instancia conjunta de trabajo y presentación por parte de Incáncer. 3) No se realiza retroalimentación por parte de MINSAL de proyecto rechazados	1) Desarrollar plan de contacto con referentes MINSAL. 2) Solicitud de retroalimentación. 3) Plan de contacto con stakeholders.
Ejecución	Diseño de TDR Ejecución de Inversión (Alto nivel de ejecución 95%) Solicitud de ejecución de proyectos adicionales en segundo semestre	1) Restricción de movilidad presupuestaria. 2) Restricción por parte de proveedores 3) Déficit de profesionales para la ejecución.	1) Mantener seguimiento de proyectos (detección de desviaciones). 2) Mantener una cartera amplia de proyectos aprobados. 3) Revisión conjunta con MINSAL de seguimiento de proyectos (inicio 2do semestre)

Integración Objetivos Estratégicos e Inversión

Un elemento importante al momento de la formulación de un proyecto es su vinculación con los Objetivos Estratégicos (OE) de la Institución.

Al analizar las distintas perspectivas de los OE del Incáncer, podemos ver como algunos de estos tienen un requerimiento de inversión en forma directa, en el cual estas inversiones en los ítems de infraestructura, equipamiento, mobiliario, etc, contribuyen de manera sustancial y a veces imprescindible al logro del objetivo.

Por otra parte, hay algunos que la inversión tributa al logro del objetivo de manera indirecta, pero igualmente necesaria. Muchas de estas van acompañadas en cambios de políticas, procedimientos o flujos tanto clínicos como administrativos.

INSTITUCIONAL		
PERSPECTIVA APRENDIZAJE		
Perspectiva	Objetivo	Inversión Asociada
A1	Mantener el compromiso del personal con los pacientes que recibe la Institución	INDIRECTO
A2	Establecer mecanismos de incentivos y procedimientos para la retención del talento	INDIRECTO
A3	Establecer una política institucional de buen clima laboral con mediciones permanentes	INDIRECTO
A4	Introducir periódicamente nuevas tecnologías y prácticas innovadoras basadas en evidencia que vayan en beneficio de pacientes y los objetivos de desarrollo institucional	DIRECTO
A5	Diseñar e implementar un plan de optimización de los recursos y espacios disponibles en este periodo de transición hacia las nuevas instalaciones	DIRECTO
A6	Fortalecer los espacios de docencia e investigación, junto a la asistencia, como uno de los ejes estratégicos institucionales, con el resguardo de tiempos y recursos para ello	DIRECTO

PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS		
Perspectiva	Objetivo	Inversión Asociada
P1	Establecer un modelo de mejora continua de los procesos estratégicos al interior de la institución	INDIRECTO
P2	Fortalecer los mecanismos de comunicación interna entre las áreas que componen la organización	INDIRECTO
P3	Establecer una política de gobernanza de la información al interior de la organización junto con el levantamiento de definiciones institucionales para la mejora en la gobernanza de la información	DIRECTO
P4	Avanzar en transformación digital	DIRECTO
P5	Establecer e implementar un plan de transición y gestión del cambio para el período, hasta la puesta en marcha del nuevo INC	DIRECTO
PERSPECTIVA FINANCIERA		
Perspectiva	Objetivo	Inversión Asociada
F1	Gestionar los recursos, tanto los inmediatos como los proyectados, oportunamente en función de las prioridades establecidas por el Incáncer	PROCESO
F2	Dar cuenta tanto a nivel interno como a nivel externo para aportar a la probidad y transparencia	PROCESO
F3	Sinergizar los aspectos legales con los de gestión interna para el manejo de recursos y ejecución de proyectos	PROCESO

PERSPECTIVA USUARIOS		
Perspectiva	Objetivo	Inversión Asociada
U1	Ofrecer una atención de salud oportuna, continua y de calidad al paciente	DIRECTO
U2	Fortalecer la relación y comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad en general, acompañándolos durante toda su trayectoria de atención	DIRECTO
U3	Desarrollar un modelo de atención oncológica integral e integrado a la red, que se centre en las necesidades del paciente	DIRECTO
U4	Mejorar la participación de la comunidad en la toma de decisiones y en el desarrollo institucional	DIRECTO
U5	Ofrecer la totalidad de especialidades oncológicas indispensables para el tratamiento de la enfermedad	DIRECTO
U6	Participar activamente en la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas con cáncer	INDIRECTO

PERSPECTIVA POLÍTICO SANITARIA		
Perspectiva	Objetivo	Inversión Asociada
PS1	Cumplir las metas sanitarias	DIRECTO
PS2	Mantener Acreditación de Calidad	DIRECTO
PS3	Mantener condición de EAR	DIRECTO

Al hacer el análisis de la cartera de proyectos 2024-2025, se realizó un cruce de relación entre la inversión y los objetivos estratégicos a nivel institucional, que puede servir como base para considerarlo en la formulación y priorización de los proyectos.

Cartera de Proyectos Mantenimiento Infraestructura 2024 – 2025

Proyecto	Objetivo Estratégico	Observaciones	Valor Total Proyecto Estimado M\$
Habilitación Bodega Central	U1. Atención oportuna, continua y de calidad F1. Gestionar los recursos oportunamente U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tto P4. Avanzar en transformación digital P6. Plan de transición. PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	En Ejecución	\$573.631
Mejoramiento Baños Pacientes, Usuarios y Funcionarios	U1. Atención oportuna, continua y de calidad A1. Mantener el compromiso del personal A3. Buen clima laboral	En Ejecución	\$347.943
Mejoramiento Unidad de Esterilización	U1. Atención oportuna, continua y de calidad F1. Gestionar los recursos oportunamente U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tto P4. Avanzar en transformación digital PS1. Cumplir las Metas Sanitarias PS3, Mantener condición de EAR	En Diseño	\$230.250
Mejoramiento Central de Producción - Casino	U1. Atención oportuna, continua y de calidad A1. Mantener el compromiso del personal	En Diseño	\$200.000

Proyecto	Objetivo Estratégico	Observaciones	Valor Total Proyecto Estimado M\$
	A3. Buen clima laboral		
Mejoramiento Anatomía Patológica	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	En Diseño	\$200.000
Habilitación de Boxes - Segunda Etapa	A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	En Diseño	\$150.000
Habilitación Investigación	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red	En Diseño	\$40.000

Plan Estratégico 2023 – 2027



Proyecto	Objetivo Estratégico	Observaciones	Valor Total Proyecto Estimado M\$
	U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias		
Mejoramiento Vestuarios Funcionarios	A1. Mantener el compromiso del personal A3. Buen clima laboral A5. Optimización de recursos y espacios en transición	En Diseño	\$253.609
Mejoramiento Residencias y Estares del Personal	A1. Mantener el compromiso del personal A3. Buen clima laboral A5. Optimización de recursos y espacios en transición	En Diseño	\$262.702
			\$2.258.136

Cartera de Proyectos de Conservación 2024 - 2025

Proyectos	Objetivos Estratégicos	Observaciones	Valor Total Proyecto Estimado M\$	Obras Civiles M\$	Equipos M\$	Equipamiento M\$
Habilitación Pabellón de Cirugía Menor	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	Factibilidad MINSAL. En autorización de MIDESOF.	\$442.223	\$244.194	\$183.672	\$14.357
Habilitación Pabellón de Cirugía Mayor	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	En formulación.	Pendiente			

Proyectos	Objetivos Estratégicos	Observaciones	Valor Total Proyecto Estimado M\$	Obras Civiles M\$	Equipos M\$	Equipamiento M\$
Normalización Sede Sur Radioterapia	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Oferta de espec. Onco. indispensables para el tratamiento PS1. Cumplir las Metas Sanitarias	En formulación.	Pendiente			
			\$442.223	\$244.194	\$183.672	\$14.357

Cartera de Proyectos Circular 33 Vigente 2024 – 2025

La cartera de proyectos 2024-2025 contempla 27 proyectos priorizados correspondientes a 11 unidades o áreas.

El 80% del monto total de la cartera se concentra en 3 unidades con 5 proyectos, Anatomía Patológica (50% de la cartera con 3 proyectos), Braquiterapia (23% de la cartera con 1 proyecto), Cabeza y Cuello (8% de la cartera con 1 proyecto).

Plan Estratégico 2023 – 2027



N° Unidades/ áreas	UNIDADES /ÁREAS	Total Proyectos	Total general (M\$ IVA inc)	%	% Acum
1	ANATOMIA PATOLOGICA	3	\$4.810.970	50%	50%
2	BRAQUITERAPIA	1	\$2.152.931	23%	73%
3	CABEZA Y CUELLO	1	\$732.281	8%	80%
4	ENDOSCOPIA	1	\$611.326	6%	87%
5	ESTERILIZACIÓN	2	\$401.932	4%	91%
6	FARMACIA	3	\$383.380	4%	95%
7	IMAGENOLOGÍA	5	\$158.435	2%	97%
8	INC	3	\$117.114	1%	98%
9	MEDICINA FÍSICA Y REHAB.	1	\$83.287	1%	99%
10	PABELLÓN CENTRAL	4	\$82.520	1%	100%
11	RADIOTERAPIA	3	\$30.204	0%	100%
	Total general	27	\$9.564.380	100,0%	

Al analizar por tipo de proyecto según glosa de la ley de presupuesto, el 90% corresponde a Equipos, Instrumental (0,6%) Equipamiento (0,4%), Mobiliario (<0,05%)

N° Unidades/ áreas	UNIDADES /ÁREAS	Total Proyectos	LEY DE PRESUPUESTO				Total general
			EQUIPAMIENTO	EQUIPO	INSTRUMENTAL	MOBILIARIO	
1	ANATOMIA PATOLOGICA	3		\$4.807.470		\$3.500	\$4.810.970
2	BRAQUITERAPIA	1		\$2.152.931			\$2.152.931
3	CABEZA Y CUELLO	1		\$673.193	\$59.088		\$732.281
4	ENDOSCOPIA	1		\$611.326			\$611.326
5	ESTERILIZACION	2		\$401.932			\$401.932
6	FARMACIA	3	\$4.332	\$378.988		\$60	\$383.380
7	IMAGENOLOGIA	5		\$158.435			\$158.435
8	INC	3		\$117.114			\$117.114
9	MEDICINA FISICA Y REHAB.	1		\$83.287			\$83.287
10	PABELLON CENTRAL	4		\$82.520			\$82.520
11	RADIOTERAPIA	3	\$30.204				\$30.204
Total general		27	\$34.536	\$9.467.196	\$59.088	\$3.560	\$9.564.380
			0,4%	99,0%	0,6%	0,0%	100,0%

Vinculación con Objetivos Estratégicos Institucionales

Al hacer el cruce de los proyectos con los objetivos estratégicos, se observa una importante correlación con la prioridad que estos tienen, por lo que toma relevancia en la formulación inicial de los proyectos realizar esta correlación de tributación directa y contribución indirecta que pueda tener cada proyecto en el cumplimiento de los objetivos del Incáncer:

Plan Estratégico 2023 – 2027



PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
1	Reposición	TAC simulación Radioterapia + AD + Fantoma	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
2	Reposición	TAC Imagenología + AD	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
3	Reposición	Acelerador Lineal + AD (Número 4)	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
4	Reposición	Ecógrafo Braquiterapia	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
5	Adquisición	Caja Ortognática	INSTRUMENTAL	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la
	Adquisición	Caja Dental	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja de Cirugía Plástica	INSTRUMENTAL	

Plan Estratégico 2023 – 2027



PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
	Adquisición	Caja de Rinoplastia	INSTRUMENTAL	cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Adquisición	Caja Decoladores y Periostotomos	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja Laringe	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja de Instrumental Microcirugía	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja Huesos	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja Amputación	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Caja Instrumental Pabellón	INSTRUMENTAL	
	Adquisición	Sierra Eléctrica Quirúrgico	EQUIPO	
6	Reposición	Tincionador	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Reposición	Centro de Inclusión	EQUIPO	
	Adquisición	Digitalizador de Placas Histológicas	EQUIPO	
	Reposición	Placa Fría	EQUIPO	
7	Reposición	Therabite	EQUIPAMIENTO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Reposición	Laringe electrónica	EQUIPAMIENTO	
	Reposición	Ciclo-ergómetro clínico con respaldo para Extremidad Superior (CEES)	EQUIPAMIENTO	
	Reposición	Ciclo-ergómetro clínico con respaldo para Extremidad Inferior (CEEI)	EQUIPAMIENTO	
	Reposición	Compresero de acero inoxidable con ruedas de 50 litros	EQUIPAMIENTO	
	Adquisición	Train FES con accesorios	EQUIPAMIENTO	

Plan Estratégico 2023 – 2027



PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
	Adquisición	Biofeedback Portátil	EQUIPAMIENTO	
	Adquisición	Transductor de ultrasonido portátil tipo Butterfly IQ TeleGuidance	EQUIPAMIENTO	
	Adquisición	Equipo de Oscilación Profunda	EQUIPAMIENTO	
8	Reposición	Reposición de Refrigerador Clínico	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Reposición	Reposición de Refrigeradores Clínico Doble	EQUIPO	
9	Reposición	Incubadora a Vapor	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
10	Adquisición	Camilla	EQUIPAMIENTO	U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Adquisición	Silla de ruedas	EQUIPAMIENTO	
11	Reposición	Arco C	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Adquisición	Ecógrafo	EQUIPO	
12	Reposición	Videoendoscopio de Ultrasonido	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad
	Reposición	Procesador de Endosonografía	EQUIPO	

Plan Estratégico 2023 – 2027



PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
	Reposición	Videoduodenoscopio	EQUIPO	U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Reposición	Videopanendoscopio	EQUIPO	
	Adquisición	Torre Laparoscopia	EQUIPO	
13	Adquisición	Torre Endoscopia con videodoscopio y videoendoscopio ultrasonido	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
14	Reposición	Ascensores del Instituto Nacional del Cáncer (3 unidades)	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
15	Adquisición	Mamógrafo	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
16	Reposición	Cámara Mortuoria	EQUIPO	U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red
17	Reposición	Dispensador de Medicamentos	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias

PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
18	Reposición	UMAS	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
19	Reposición	Impresora de laminas	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
	Reposición	Impresora de Cassete	EQUIPO	
	Reposición	Procesador de Tejidos	EQUIPO	
20	Reposición	Electrobisturí (Plataforma de energía)	EQUIPO	U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
21	Reposición	Ecógrafo Portátil	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
22	Reposición	Rep. y Adq. Micromotores (consola 2 micromotores oscilantes y reciprocantes)	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
23	Reposición	Equipo Osteopulmonar	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias

Plan Estratégico 2023 – 2027



PRIORIDAD	ADQUISICIÓN REPOSICIÓN	EQUIPAMIENTO	LEY DE PRESUPUESTO	OBJETIVO ESTRATÉGICO
24	Reposición	Autoclave TUTTNAUER	EQUIPO	A4. Nuevas tecnologías y prácticas innovadoras A6. Fortalecer docencia e investigación
	Reposición	Termodesinfectadora	EQUIPO	U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
25	Reposición	Camillas Policlínico Radioterapia	MOBILIARIO	A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias
26	Reposición	Sillas Salas de Espera	MOBILIARIO	U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red
27	Reposición	Videolaringoscopio	EQUIPO	A6. Fortalecer docencia e investigación U1. Atención oportuna, continua y de calidad U3. Modelo de atención integral e integrado a la red U5. Complejización y Ampliación de la cartera PS1. Cumplir las Metas Sanitarias

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 con distintos criterios técnicos como son:

- Problema o falla
- Consecuencia de esta en la seguridad y oportunidad de atención.
- Impacto en la cartera de servicios, ya sea actual o de nuevas prestaciones.
- Consideración de RRHH adicional
- Requerimiento de Adecuaciones Estructurales.

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 la propuesta de Balanced Scorecard.

Propuesta de Priorización.

Con el fin de complementar los criterios actuales con los objetivos estratégicos de la Institución se realizó una adaptación de la Matriz de Priorización de Hanlon.

El método de Hanlon es uno de los más usados en el área de la salud pública, sobre todo por su objetividad y flexibilidad. Es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de salud o intervenciones de acuerdo con su magnitud, severidad, efectividad y por la factibilidad.

Hanlon establece cuatro componentes en su método, los cuales reciben una ponderación, sus componentes son los siguientes:

Puntuación de prioridad:

$$(A + B (C \times D)) / 3$$

A: magnitud

B: Severidad

C: Efectividad

D: Factibilidad programa.

Los criterios de magnitud y severidad tienen un puntaje de 1 a 10. El criterio de efectividad de 0 a 1.5. Mientras que factibilidad es dicotómico 0 o 1. El resultado es dividido por 3, aunque algunos autores no lo consideran.

Con todas las variables el puntaje total que pudiese obtener un proyecto es de 10.

Factibilidad

Se propone que el análisis de factibilidad se realice en la etapa inicial de la evaluación en conjunto con los referentes técnicos al momento de la formulación a nivel de perfil.

Se utiliza el análisis PEARL (PERLA en español), considerando la pertinencia, económica, de aceptabilidad, recursos y legal.

Si es que alguno de los ítems no es factible, el proyecto no debiese ser evaluado ni continuar las etapas siguientes de desarrollo, requiriendo una reformulación de este o el rechazo según corresponda.

P: Pertinencia	1) Está alineado con los objetivos estratégicos del Incáncer 2) Resuelve el problema o da respuesta al requerimiento que lo sustenta.
E: Factibilidad económica	1) Está dentro del marco presupuestario.
A: Aceptabilidad	1) La inversión cuenta con el apoyo de los referentes técnicos. 2) Es aceptada por los usuarios.
R: Disponibilidad de recursos	1) Se cuenta con los RRHH que el proyecto requiere (o es factible su incorporación) 1) Se cuenta con los RRFf que el proyecto requiere (o es factible su incorporación)
L: Legalidad	1) La inversión se sustenta en el marco normativo vigente.

Magnitud

El criterio magnitud se operativizó en 3 variables las que se muestran a continuación.

El puntaje total es de 10 puntos, con 4 puntos para cartera de servicios, 4 para producción y 2 para grupo de impacto.

CRITERIO	VARIABLE	DETALLE	ALTO	MEDIO	BAJO	RANGO
MAGNITUD	CARTERA DE SERVICIOS	Impacto en la cartera de servicios, aumento de complejidad, nuevas técnicas o procedimientos	4	2	0	(0-4)
	PRODUCCIÓN	Impacto en el número de prestaciones ya existentes	4	2	0	(0-4)
	GRUPO DE IMPACTO	Impacto en la población asignada, así como de referencia nacional.	2	1	0	(0-2)
	TOTAL MAGNITUD	Alto impacto en la cartera de servicio, en el número de prestaciones y población de referencia.	10	5	0	(0-10)

Severidad

El criterio severidad se operativizó en 3 variables las que se muestran a continuación.

El puntaje total es de 10 puntos, con 3 puntos para Problema o Falla, 4 para Seguridad y 3 para Oportunidad.

CRITERIO	VARIABLE	DETALLE	ALTO	MEDIO	BAJO	RANGO
SEVERIDAD	PROBLEMA O FALLA	Vida útil cumplida o alta tasa de fallas, con importantes costos de reparación.	3	2	0	(0-3)
	SEGURIDAD	Riesgo importante en la seguridad de atención, impacto en la calidad técnica y de atención. Riesgo para equipo tratante.	4	2	0	(0-4)
	OPORTUNIDAD	Impacto en el cumplimiento de las garantías de oportunidad. Aumento en los tiempos de los procesos de atención.	3	1,5	0	(0-3)
	TOTAL SEVERIDAD	Alto nivel de fallas, con impacto en la seguridad y oportunidad de atención.	10	5,5	0	(0-10)

Efectividad

El criterio efectividad se operativizó en las variables Impacto, Evidencia y Evaluación, con 0,5 puntos para cada una como se muestra en la tabla siguiente:

CRITERIO	VARIABLE	DETALLE	ALTO	MEDIO	BAJO	RANGO
EFFECTIVIDAD	IMPACTO	La inversión tiene impacto claro en las variables de magnitud y/o severidad	0,5	0,25	0	(0-0,5)
	EVIDENCIA	Hay evidencia de que la inversión genera el efecto o beneficio planteado	0,5	0,25	0	(0-0,5)
	EVALUCIÓN	Existen indicadores intermedios y/o finales de impacto que permitan la correcta evaluación del impacto.	0,5	0,25	0	(0-0,5)
	TOTAL EFECTIVIDAD	Alto impacto en la solución de la brecha detectada, en base a evidencia sólida y con métricas de evaluación definidas.	1,5	0,75	0	(0-1,5)

Matriz de Evaluación

En la matriz se van colocando los proyectos y se asigna puntaje según el análisis de las variables por parte del equipo directivo.

	TOTAL FACTIBILIDAD	TOTAL MAGNITUD	TOTAL SEVERIDAD	TOTAL EFECTIVIDAD	PUNTAJE TOTAL
	(0-1)	(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)	(0-10)
INVERSIÓN 1					
INVERSIÓN 2					
INVERSIÓN 3					
INVERSIÓN 4					
INVERSIÓN 5					
INVERSIÓN 6					

Un elemento importante para considerar es la variabilidad Inter evaluador, las que deben ser abordadas por el equipo al momento de desarrollar la priorización.

Detalle Matriz de Priorización de Hanlon

	Factibilidad					TOTAL FACTIBILIDAD
	Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	(0-1)
INVERSIÓN 1						
INVERSIÓN 2						
INVERSIÓN 3						
INVERSIÓN 4						
INVERSIÓN 5						
INVERSIÓN 6						

Plan Estratégico 2023 – 2027



	Magnitud			TOTAL MAGNITUD
	CARTERA DE SERVICIOS	PRODUCCIÓN	GRUPO DE IMPACTO	
	(0-4)	(0-4)	(0-2)	(0-10)
INVERSIÓN 1				
INVERSIÓN 2				
INVERSIÓN 3				
INVERSIÓN 4				
INVERSIÓN 5				
INVERSIÓN 6				

	Severidad			TOTAL SEVERIDAD
	PROBLEMA O FALLA	SEGURIDAD	OPORTUNIDAD	
	(0-3)	(0-4)	(0-3)	(0-10)
INVERSIÓN 1				
INVERSIÓN 2				
INVERSIÓN 3				
INVERSIÓN 4				
INVERSIÓN 5				
INVERSIÓN 6				

	EFECTIVIDAD			TOTAL EFECTIVIDAD	PUNTAJE TOTAL
	IMPACTO	EVIDENCIA	EVALUACIÓN		
	(0-0,5)	(0-0,5)	(0-0,5)	(0.5-1,5)	(0-10)
INVERSIÓN 1					
INVERSIÓN 2					
INVERSIÓN 3					
INVERSIÓN 4					
INVERSIÓN 5					
INVERSIÓN 6					

XII. PRÓXIMOS PASOS

Como se ha señalado en los capítulos previos del presente Plan Estratégico, este establece una carta de navegación para el período 2023-2027, que orienta el tránsito desde la actual situación del Instituto Nacional del Cáncer hacia la situación futura a la cual queremos llegar y que, en nuestro caso, se expresa en el hospital de infraestructura moderna, renovada tecnología y más amplia cartera de servicios, que será el Nuevo Incáncer.

Habiendo revisado y re-definido la misión y visión del Instituto y establecido los objetivos estratégicos, con sus respectivos indicadores, que orientan el tránsito hacia la situación futura que deseamos alcanzar, una primera y fundamental tarea que debemos abordar es establecer con claridad el sistema de control de gestión que nos permita ir monitoreando el avance de nuestro Plan.

Dada la envergadura de la transformación desde la actual realidad del Instituto Nacional del Cáncer, con relevantes limitaciones de infraestructura, equipamiento, personal y procesos, a la situación futura de un establecimiento hospitalario de infraestructura moderna y renovada tecnología, con mayor cantidad de personal y una cartera de servicios más amplia, que será el Nuevo Incáncer, un desafío mayor que debe enfrentarse es la gestión del cambio.

El tránsito desde el actual Intituto al Nuevo Incáncer es una oportunidad bien única, que requiere ser enfrentada a través de un cuidadoso proceso de gestión del cambio. En efecto, el cambio abre la oportunidad de desarrollar un enfoque de reingeniería que permita identificar y sistematizar los procesos clínico-asistenciales y administrativos para determinar cómo los cambios afectarán a dichos procesos y hacer los ajustes que permitan optimizar el funcionamiento de nuestra institución.

Plan Estratégico 2023 – 2027



En el mismo sentido, la revisión de los procesos de producción asistencial y administrativos y sus eventuales modificaciones también incidirá en la necesidad de revisar nuestra estructura organizacional, de modo que puedan adoptarse las decisiones de cambios organizacionales que pudieran requerirse para responder de la mejor manera los objetivos institucionales que se busca alcanzar.

En el contexto de un mundo caracterizado por un desarrollo cada vez más vertiginoso de la tecnología de la información y comunicaciones, como comunidad del Instituto debemos enfrentar el desafío de la transformación digital, pues esta constituye un pilar clave para modernizar nuestras operaciones, optimizar nuestros recursos y mejorar la experiencia del paciente. En el marco de gestión del cambio, debemos avanzar decididamente hacia procesos completamente informatizados, que subyacen en los compromisos establecidos en los objetivos estratégicos del Plan Institucional para período 2023-2027, implementando tecnologías innovadoras y sistemas digitales que optimicen nuestros procesos internos, mejoren la eficiencia y calidad del cuidado, y fortalezcan la relación médico-paciente.

La tarea de no es simple ni fácil y, por lo mismo, es fundamental que sigamos cultivando y fortaleciendo prácticas organizacionales participativas, de manera que cada integrante de nuestra comunidad hospitalaria pueda sumarse al proceso de cambio, pues para alcanzar los objetivos comprometidos en el Plan Estratégico se requiere la activa participación de todos y todas.