



**Magíster En Educación Mención  
Gestión de Calidad**

**Trabajo De Grado II**

**Diagnóstico Institucional**

**Y**

**Plan de Mejoramiento Educativo**

**Instituto Nacional de Geriatria, Chile**

Profesor guía:

**Pedro Rosales Villarroel**

Alumno:

**Sylvia Lorena Caroca**

**Astudillo**

## Santiago - Chile, Marzo de 2019

### Contenidos a desarrollar:

1. Introducción
2. Marco Teórico
3. Dimensionamiento del Establecimiento
  - 3.1 Historia
  - 3.2 Misión
  - 3.3 Visión
  - 3.4 Objetivos Estratégicos en Ámbito Docente
  - 3.5 Infraestructura
  - 3.6 Recurso Humano
  - 3.7 Organigrama
  - 3.8 Características del Entorno
4. Análisis del Diagnóstico Situacional
  - 4.1 Área Liderazgo
    - 4.1.1 Dimensión Visión Estratégica y Planificación
    - 4.1.2 Conducción y Guía
    - 4.1.3 Información y Análisis
  - 4.2 Área Gestión Curricular
    - 4.2.1 Organización Curricular
    - 4.2.2 Preparación para la enseñanza
    - 4.2.3 Acción docente en el aula
    - 4.2.4 Evaluación de la Implementación Curricular
  - 4.3 Área Convivencia Escolar
    - 4.3.1 Convivencia Escolar en función del PEI

4.3.2 Formación Personal y Apoyo a los Estudiantes en sus aprendizajes

4.4 Área Gestión de Recursos

4.4.1 Recursos Humanos

4.4.2 Recursos Financieros, Materiales y Tecnológicos

4.4.3 Proceso de Soporte y Servicios

5. Desarrollo de los Descriptores ; Evidencias y Niveles.

5.1.1 Área Liderazgo

5.1.2 Área Gestión Curricular

5.1.3 Área Convivencia Escolar

5.1.4 Área Gestión de Recursos

6. Análisis de los resultados

7. Plan de Mejoramiento

8. Bibliografía

## **Resumen**

El presente trabajo tiene por objetivo desarrollar el Diagnóstico Institucional y Plan de Mejoramiento Educativo del Instituto Nacional de Geriátrica, establecimiento de salud que posee una línea de trabajo docente asistencial dentro de su Planificación Estratégica llamada Transferencia del Modelo de atención geriátrica.

El diagnóstico Institucional se realiza a través de recopilación de información Ministerial e Institucional, análisis observacional, entrevistas estructuradas y semiestructuradas, puntuación de áreas de gestión y sus dimensiones mediante niveles de evidencia y análisis de los resultados.

El plan de mejora toma los puntos críticos del Diagnóstico y se elabora una propuesta de desarrollo anual de cada Objetivo con sus acciones y plazos.

## **1. Introducción**

El presente documento contiene el Diagnóstico Institucional y Plan de Mejoramiento Educativo del Instituto Nacional de Geriátría, el cuál además de su rol como Establecimiento de Salud, posee un rol docente y de investigación inherente a su título de “Instituto Nacional”.

En Chile las Instituciones de salud que son llamadas Institutos, tienen tanto carácter asistencial y docente por definición, sin embargo, este último componente no siempre es realizado con la formalidad y planificación que debería, pues la carga asistencial es muy alta.

A través de este proyecto se busca generar un levantamiento de información de la labor docente del Instituto en la actualidad y plantear un Plan de Mejoramiento Educativo basado en los puntos críticos encontrados a través del Diagnóstico realizado.

El área de desarrollo de esta institución es la Geriátría y Gerontología y se transmite conocimiento teórico y práctico a Becados de Medicina y Alumnos de último año de las carreras de Kinesiología, Enfermería, Nutrición, Fonoaudiología y Técnico en Enfermería nivel superior. Los docentes son los

mismos profesionales del Instituto y la labor docente se realiza en paralelo a las labores clínico-administrativas.

La planificación estratégica actual se encuentra vigente desde 2016 , aunque se encuentra en proceso de revisión y publicación la nueva planificación estratégica para el período siguiente , trabajada en 2018 con un grupo de funcionarios de cada estamento dentro de la Institución.

Actualmente en la reformulación de lo que el Instituto quiere desarrollar se abre una ventana al enfoque docente y de investigación con una importancia igualitaria a la actividad asistencial.

## **2. Marco Teórico**

Históricamente, la formación de profesionales del ámbito de la salud, ha requerido de campos clínicos y otros campos de formación profesional para que los estudiantes puedan adquirir las competencias necesarias establecidas en sus perfiles de egreso, estar en contacto con los pacientes y formarse en contextos reales.

Existen procesos sociales que actualmente influyen en la formación de profesionales del área de la salud tales como; el explosivo aumento de Universidades que forman profesionales en el área, hecho que ha repercutido en la generación de una fuerte competencia por los campos clínicos; los requerimientos de las entidades de acreditación a las carreras y los programas de especialidad de las casas de estudios, lo que ha llevado a una mayor preocupación de parte de las carreras y programas frente a la formalización de las alianzas con las instituciones que colaboran en el proceso formativo de sus estudiantes; las exigencias de acreditación institucional de calidad en salud, que contempla que las instituciones de salud deben cautelar que las

actividades docentes de pregrado que se realizan en ellas no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes, lo que implica que dichas actividades, deben estar reguladas mediante convenios asistenciales docentes y además contempla que al interior de las instituciones de salud deben estar definidas las actividades y procedimientos que realicen los estudiantes.

Resulta importante destacar que en Chile y en el mundo , debido a las necesidades complejas en salud de parte de la población en ocasiones resulta difícil entender que un centro de salud oriente parte de su presupuesto y políticas institucionales a la labor de formación docente y a la investigación, sin embargo esto se configura como un ítem fundamental , ya que de este modo se forman nuevos profesionales en el área del centro de salud, se desarrollan nuevas técnicas o se adquieren nuevos conocimientos para mejorar la realidad nacional en ámbitos de salud y de educación de la población.

La gestión de la formación exige disponer de un plan de formación o plan docente, cuyos elementos básicos son: un plan estratégico, un plan de gestión propiamente dicha, y un plan de financiación. Además, el Hospital Docente debe contar con un Departamento de Educación dedicado a la gestión de los procesos relacionados con la actividad formativa.

Un hospital docente es aquella institución que provee oportunidades de desarrollo y capacitación a profesionales de la salud simultáneamente con el cuidado médico del paciente. Afiliados o administrados directamente por una escuela de Medicina, se les conoce también como hospitales universitarios.

Se cree que en el primer hospital donde se permitió que alumnos practicaran en forma metódica bajo la supervisión de expertos apareció en Gundishapur, Persia. Desde sus comienzos, estas instituciones entregaban atención médica, entrenamiento a futuras generaciones y también desarrollaban innovadores

programas con la tecnología más avanzada de la época, permitiendo avances en el conocimiento de la ciencia. Así se constituyó la triada básica del hospital académico que incluye atención clínica, formación profesional e investigación en salud.

Watson, ya en 1993 se podía ver que hospitales académicos que en el pasado se dedicaban primordialmente al entrenamiento de alumnos se transformaban

en grandes centros académicos con interés financiero, enfoque en el negocio de la Medicina y desarrollo de investigación. Ocasionalmente este cambio no favorece la visión educacional del centro. Ya entonces ese autor sugería el establecimiento de un grupo docente base, con un salario que reflejara sus quehaceres y permitiera el desarrollo de la labor docente, también sugería unir el estudio y la atención de aquellos pacientes sin seguro de salud, y la formación de centros de aprendizaje para capacitar docentes.

La integración docente asistencial (IDA) es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la “unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y de enseñanza”.

Los centros de formación en salud son definidos como un conjunto de escenarios de docencia servicio en cuya misión y objetivos, y por ende en su organización y funcionamiento, se hace énfasis en actividades académicas centradas alrededor de la prestación de un servicio en salud. Los estándares básicos de calidad para los centros de formación en salud propuestos incluyen tres factores: proyecto institucional, recursos humanos, e interacción con los usuarios y la población.

En un estudio exploratorio realizado el 2008 en la ciudad de Concepción, Chile, se identificaron dos obstáculos primordiales para que exista una verdadera IDA, ellos son: 1) La falta de estímulos, ya que la academia no reconoce en los asistenciales su participación en la docencia y 2) La nula o escasa capacitación que se les otorga por parte de la universidad. Las sugerencias para optimizar la Integración Docente Asistencial entre la academia y la asistencia se relacionan con mejorar la comunicación y motivar a los profesionales clínicos a que participen en la docencia mediante el reconocimiento de la academia hacia ellos.

Las instituciones educativas se han visto obligadas a adaptarse a los cambios sociales y tecnológicos permanentes. Para ello es necesario el desarrollo de procesos de cambio, que deben ser constantemente revisados y adaptados a la realidad actual. De esta forma, los ciclos de mejora constituyen un sistema de análisis y toma de decisiones estratégicas que involucra a todos los actores educativos, con el propósito de garantizar el mejoramiento permanente de su gestión (Fundación Chile, 2011). De esta forma, es posible desarrollar un diagnóstico y, a partir de sus resultados, diseñar e implementar un plan de mejoramiento orientado a optimizar el nivel de gestión.

El primer paso para el mejoramiento institucional consiste en levantar y recopilar información relevante para comprender la historia y la situación actual de una escuela (Fundación Chile, 2011). Ello implica la realización de un diagnóstico para reunir y sistematizar la información en relación con diversos aspectos. El diagnóstico es, de hecho, un proceso participativo en el que todos los actores de la comunidad analizan y evalúan el estado de las prácticas institucionales y pedagógicas, vinculándolas con los resultados educativos, de aprendizaje y de eficiencia interna. Este paso considera la tendencia y las evidencias existentes, las cuales permiten establecer una línea de base desde donde se deben planificar las diferentes etapas de un proyecto de mejora (Mineduc, 2013).

Por otra parte, el diagnóstico institucional busca establecer cómo impactan las prácticas asociadas a las áreas de proceso del modelo de calidad de la gestión escolar, por ejemplo, en los resultados educativos. Una vez que la escuela establece los planes de mejora, se da paso a la institucionalización de políticas y procesos, no operativos sino estratégicos, que apuntan a alcanzar las metas y los objetivos declarados en la Planificación Estratégica Institucional.

La oportunidad de iniciar apropiadamente un hospital que tenga orientación académica significa planear el ambiente propicio. Los convenios con universidades y otras instituciones de educación superior contribuyen a este propósito, como lo hace también la investigación tal y como se señaló líneas arriba. Por supuesto que la investigación no se da por decreto ni por la sola voluntad de hacerla; requiere inversión en la contratación de investigadores formados que puedan liderar grupos y en la formación de investigadores nuevos. Hay que admitir que los actuales programas de licenciatura y especialización no capacitan debidamente para la investigación, aunque generan materia prima moldeable.

Algo similar se puede decir de la formación docente; no basta con ser un experto en un campo técnico para ser un buen profesor, también se requiere inversión.

El hospital debe considerar presupuestalmente la formación y contratación de investigadores y profesores, y para el financiamiento de actividades educativas. El acceso a la información es hoy en día una prioridad.

La herramienta básica para el trabajo médico y del personal de salud es la información, y si bien se han multiplicado las herramientas, también es cierto que su calidad es muy heterogénea. Además, será necesario invertir no sólo en fuentes de información, sino también en capacitación para aprovecharla y analizarla críticamente.

La educación y la investigación no sólo son el fundamento académico, sino también el sustento para el futuro de la institución.

Son actividades estratégicas para el desarrollo, claramente vinculadas con la calidad de la atención. No se trata de llevarlas a cabo porque así lo exige el decreto de creación o porque visten a la institución, sino como una herramienta verdadera de desarrollo estratégico, es decir, con una planeación de mediano y largo plazo.

Un elemento fundamental es el desarrollo continuo del personal (más que la educación continua). Las estrategias se sustentan en una identificación de necesidades educativas. Las actividades por oferta al exterior estrictamente también debieran responder a una identificación de necesidades.

Un propósito básico es el de crear el ambiente académico que propicie el desarrollo de las actividades. Esto no se logra tan sólo con la voluntad de hacerlo (aunque desde luego es muy importante), ni en poco tiempo, pero se tiene que empezar de algún modo. El contar con alumnos en formación o en actividades de educación continua contribuye a la creación de este ambiente, siempre y cuando no se convierta en un pretexto para la jerarquía personal, el ejercicio del poder o las luchas internas.

Aunque siempre parece deseable tener muchos estudiantes y aprendices, lo cierto es que se tiene que planear el número para no saturar el campo clínico y entrar en competencia por las actividades de aprendizaje.

Es necesario establecer los vínculos formales con las instituciones de

educación superior, preferentemente en forma de convenios que pueden funcionar tanto para propósitos de educación como de investigación.

No se puede llevar a cabo investigación sin investigadores, ni docencia sin profesores. Se debe entonces invertir en la formación de ambos contingentes (o contratar elementos ya formados).

Tampoco es fácil que los individuos aislados tengan el avance requerido; por ello, se debe pensar en términos de conjuntos de personas.

Para que una sede se consolide como centro de formación se requiere un promedio de 10 años; por lo tanto, no hay que desesperarse, sino más bien ir creando el ambiente apropiado.

Tanto la educación como la investigación deben vincularse con las áreas de trabajo del hospital. Es preciso hacer un ejercicio para identificar cuáles son las áreas de oportunidad, en qué se puede ser competitivo, cómo se puede contribuir a una mejor operación del hospital.

La educación se realiza más en el trabajo cotidiano que en las aulas. Habría que propiciar una práctica reflexiva, dialéctica, que permita identificar las necesidades educativas personales, las preguntas que sólo se pueden resolver mediante la investigación, las mejores alternativas existentes para cada uno de los pacientes, evitando en lo posible las generalizaciones.

La educación y la investigación requieren de un trabajo burocrático, que es un mal necesario. Habría que proveer las personas apropiadas para hacerlo y no distraer a profesores, investigadores y educandos.

Conviene reconsiderar los términos enseñanza y formación de recursos humanos. El primero hace énfasis en la actividad del profesor, y no en lo que ocurre en los alumnos (aprendizaje), que es el propósito esencial del acto educativo. Una solución es arraigarse en el término educación, que responde mejor a lo que se pretende lograr. En cuanto a los recursos humanos, equivale a equiparar a las personas con un recurso (como los financieros o los materiales), y no hace honor a la condición de personas.

La capacidad crítica y autocrítica es fundamental en el progreso del hospital. La formación de redes académicas que progresivamente se extiendan al extranjero permitirá al hospital mantener la vanguardia en las soluciones que propone.

No sólo se debe confiar en la capacidad de algunas personas para desarrollar educación e investigación, sino que ha de haber una política institucional explícita: Declaración pública de sus directivos sobre su compromiso con la docencia e investigación, Planeación de la formación del recurso humano para la docencia e investigación, Previsión presupuestaria para la Educación e Investigación y convenios con instituciones de apoyo para estos fines.

Una definición precisa de lo que se entiende por proceso de mejora es “un esfuerzo sistemático y continuo dirigido a cambiar las condiciones de aprendizaje y otras condiciones internas asociadas en una o más escuelas, con la finalidad última de alcanzar las metas educativas más eficazmente”.(Velzen et al., 1985: 48 en Murillo J 2003 Pag 2)

En otras palabras se busca transformar la realidad de una escuela y las bases de este trabajo surge desde los docentes y directivos.

De este modo el Plan de mejoramiento educacional es el instrumento central que determina los principales ámbitos y acciones a desarrollar dentro

del concepto de: consolidación de sistemas de trabajo a partir de la instalación de procesos de Mejoramiento continuo.

Poner en marcha un Plan de Mejoramiento Institucional para mejorar la calidad de la educación es la tarea que se han propuesto todas las instituciones del país.

Un Plan de Mejoramiento es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones. Se habla de un conjunto de acciones integradas, de una orientación, de un esfuerzo institucional, cuyo fin es alcanzar niveles adecuados de aprendizaje en los niños y los jóvenes, de tal forma que las instituciones logren preparar personas seguras y competentes.

Cualquier Plan de Mejoramiento necesita determinar claramente cuál es su objetivo y cuáles las estrategias y actividades que se desarrollarán para lograrlo.

Los Planes de Mejoramiento son liderados por el director, acompañado de un equipo directivo de gestión, y deben involucrar a docentes, y a estudiantes.

Cada uno, con su rol y responsabilidad, y todos conformando el equipo analizan la situación, los resultados de las evaluaciones internas y externas, las condiciones académicas y sociales de sus alumnos, y definen a dónde necesitan y desean llegar, y cómo hacerlo.

Todo Plan se lleva a cabo articulado al gran objetivo que la institución se ha trazado para sí, representado en la Planificación Estratégica Institucional que, además, está determinado por la misión que la institución debe cumplir.

Una reciente investigación llegó a dos conclusiones importantes con respecto a la elaboración de proyectos de mejora. En primer lugar, demostró la relevancia de la definición de objetivos de trabajo, de un plan de acción y de indicadores de logro. En segundo lugar, constató que el ámbito en que los profesores y líderes escolares parecen estar más preparados es en la

elaboración de diagnósticos y en el planteamiento de objetivos, por sobre el diseño de acciones y de indicadores de verificación o control de gestión. Es decir, es en el primero de los ámbitos mencionados en el párrafo anterior donde parece concentrarse la calidad del proyecto, en desmedro de la segunda parte. En ese sentido, y con el fin de movilizar capacidades, los esfuerzos del programa cada vez se enfocan más en proveer oportunidades de aprendizaje profesional y herramientas que permitan a los profesores y líderes implementar acciones y comprobar y predecir el logro de resultados deseados, avanzando un paso más allá desde los procesos de diagnóstico y establecimiento de objetivos y metas. Se espera que sean capaces de diseñar –e implementar– acciones de mejora coherentes con las fases previas del proyecto, que tengan un impacto real en sus comunidades de aprendizaje y que a la vez sean capaces de evaluar si están cumpliendo los objetivos que habían definido inicialmente.

Es posible percibir la gran necesidad de formación específica que tienen los equipos directivos que impacte en su capacidad para diseñar e implementar acciones consistentes, focalizadas y que sean de alto impacto en sus organizaciones. Se espera que sus proyectos de mejora logren cambios en las prácticas de enseñanza y finalmente, en la mejora de la experiencia escolar de los estudiantes. Sin embargo es muy importante no solo que sean capaces de elaborar diagnósticos y propósitos de mejora, sino también llegar a una fase en que se pueda comprender de manera clara y precisa el cómo se hará para alcanzarlo, es decir, cuáles serán las estrategias específicas para lograr la situación deseada.

Otro elemento que se desprende de la investigación realizada es que en la fase actual de elaboración de proyectos en el país, uno de los principales problemas percibidos en las comunidades escolares tiene que ver con la necesidad de modificar prácticas de enseñanza en la sala de clases y, por sobre todo, lograr mejores aprendizajes en los estudiantes que se reflejen en sus resultados . Para ello, los equipos directivos se encuentran con el desafío

de comprobar cuáles son sus capacidades y recursos actuales, y cuáles son los que necesitan en sus organizaciones para alcanzar el futuro que determinaron como deseado.

En términos del fin de los proyectos de mejora, si bien la mayor parte de los que surgen se enfocan en la mejora de resultados de aprendizaje, parece oportuno recomendar la necesidad de ampliar la mirada: poder también abarcar ámbitos relacionados por ejemplo con la calidad docente, con el desarrollo profesional al interior de las organizaciones educativas y en general, con las condiciones de las Instituciones que pueden tener un efecto específico en la mejora de los resultados de aprendizaje.

### 3. Dimensionamiento del Establecimiento

#### 3.1 Historia

El Instituto Nacional de Geriátría INGER Presidente Eduardo Frei Montalva es el único centro de salud público del país destinado a la atención especializada en Geriátría. Los orígenes del Instituto Nacional de Geriátría, se remontan al año 1968, como continuador del ex-Hospicio de Santiago. En 1976 se crea como Centro Geriátrico. En 1984 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (S.S.M.O.) le da el carácter de Centro Especializado de atención de salud para la población Adulto Mayor. En 1997, se le reconoce como establecimiento de especialidad y que forma recursos humanos recibiendo el nombre de Instituto Nacional de Geriátría (INGER).

En 1999, el INGER establecimiento único en su especialidad y de cobertura nacional pasa a llamarse "Instituto Nacional de Geriátría, Presidente Eduardo Frei Montalva".

				
1892 Construcción Capilla Jesuitas 1922 Hospital San Luis 1968 Hospicio de Santiago	1976 Centro Geriátrico 1984 el SSMO le da el carácter de Centro Especializado de atención de salud para la población Adulto Mayor	1997 Reconocimiento establecimiento de especialidad y formador de recursos humanos, recibiendo el nombre de Instituto Nacional de Geriátría	1999 Pasa a llamarse "Instituto Nacional de Geriátría, Presidente Eduardo Frei Montalva"	2015 Logra Acreditación de Calidad con un cumplimiento del 95,3%

Físicamente, se encuentra ubicado en José Manuel Infante N° 370, Comuna de Providencia, Santiago. Cuenta con una infraestructura antigua de fines del siglo XIX, extendida, con salas de gran altura y pasillos abiertos. Es de fácil acceso desde las distintas comunas de la Región Metropolitana estando inserto alrededor de otros establecimientos hospitalarios de adultos de alta complejidad del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (S.S.M.O.) ubicados en su radio geográfico a no más de quinientos metros de distancia.

El Instituto Nacional de Geriátría se caracteriza por:

- ✓ Ser el único Instituto público, a nivel nacional, destinado a la atención exclusiva de la tercera edad.
- ✓ Aplicar un modelo de atención integral a través de un equipo multidisciplinario.
- ✓ Contar con un Policlínico de Especialidades en Geriátría y Psicogeriatría, con atención ambulatoria para los adultos mayores.
- ✓ Colaborar en la formulación de políticas nacionales para dicho grupo etéreo.
- ✓ Impartir capacitación permanente a profesionales de todo el país, en Evaluación Funcional del Adulto Mayor.

El promedio de edad de los usuarios fluctúa entre los 70 a 75 años, pero la atención es desde los 60 años en adelante.

La Geriátrica como especialidad médica orienta su accionar hacia el paciente geriátrico, el cual se define fundamentalmente como el adulto mayor, que independiente de su edad presente un trastorno funcional agudo, ya sea físico o psíquico, que presente pluripatología relevante, polifarmacia, habitualmente con una patología mental acompañante y a veces predominante. El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante.

La oferta, se define en niveles de complejidad, ofreciendo un “modelo de atención geriátrica integral al adulto mayor”, enfocada fundamentalmente a recuperar la funcionalidad de los pacientes con síndrome geriátrico agudo, apoyando, orientando, capacitando y ayudando a la familia o cuidadores principales en la continuidad de los cuidados que cada paciente hospitalizado como ambulatorio requiere.

Los niveles asistenciales implementados como parte del modelo de atención son:

#### A.-NIVEL AMBULATORIO

- 1.- Consulta de Especialidad Ambulatorio CEA.
- 2.- Neuropsicogeriatría

#### B.- HOSPITALIZACIÓN DIURNA.:

- 1.- Evaluación Geriátrica Integral
- 2.- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Trastorno de Marcha

o

de caída frecuente.

3.- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de compromiso del Estado funcional global.

4.- Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

#### C.- NIVEL ATENCIÓN HOSPITALIZADA

a) En Instituto Nacional de Geriátria:

1.- Unidad de Geriátria de Hospitalización Aguda – UGHA.

b) En Hospital Del Salvador

3.- Orto geriátria

4.- Interconsulta de Geriátria y evaluación multiprofesional

D.- Docencia Investigación, difusión y extensión DIDE

### **3.2 Misión**

Entregar al paciente geriátrico un modelo de atención integral único en la red pública de salud, que cumpla con los estándares de calidad y seguridad establecidos, para recuperar su funcionalidad y autonomía, formando y capacitando a usuarios internos y externos en el ámbito gerontogeriátrico.

### **3.3 Visión**

Ser la Institución de referencia nacional en el diseño e implementación del modelo de atención geriátrica integral en la red pública de salud, a través de la actividad asistencial y docente.

### **3.4 Objetivos Estratégicos en Ámbito Docente**

De acuerdo a las orientaciones de Ministerio de Salud, el Plan de Desarrollo Estratégico deberá considerar, obligatoriamente, los temas estratégicos contemplados en el instrumento de evaluación elaborado con las estrategias definidas a nivel ministerial en distintas perspectivas.

Dichas perspectivas son:

- Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo, vinculada al capital humano.
- Perspectiva de Procesos Internos, relacionada con la cadena de valor de producción.
- Perspectiva Financiera, correspondiente a los recursos económicos.
- Perspectiva Usuarios, que considera a los pacientes que hacen uso de los recintos públicos de salud.

Por su parte, las estrategias que se deben impulsar son las siguientes:

- Sustentabilidad financiera

- Eficiencia operacional
- Gestión clínica
- Excelencia de la atención.

El INGER en su calidad de Instituto sumó una estrategia que es “Transferencia del modelo gerontogeriátrico” Entonces la matriz queda como sigue:

**Mapa Estratégico de INGER:**

Estrategia / Perspectiva	Transferir el Modelo de Atención Geriátrica	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de a Atención
Usuario					
Financiera					
Procesos Internos					
Aprendizaje y Desarrollo					

**Objetivos estratégicos en torno a: Transferencia del modelo de atención geriátrica (en relación al Proyecto Hospital Docente)**

1. Rediseñar y documentar el modelo de atención geriátrica del INGER.
2. Actualizar programa de planificación estratégica del INGER.
3. Capacitar a los funcionarios en torno a temáticas de Actividad docente e Investigación.
4. Lograr continuidad en la transmisión de conocimiento a establecimientos de la red y del país.
5. Estandarizar y medir los procesos de docencia hacia alumnos de pregrado y postgrado que utilizan el INGER como campo clínico.

6. Fortalecer convenios docentes y de investigación con Universidades y Centros formadores.
7. Lograr la incorporación de horas resguardadas para el profesional que realiza docencia e Investigación dentro de la Institución.

### **3.5 Infraestructura**

El Hospital cuenta actualmente con una construcción segmentada en un terreno común ubicado en Jose Manuel Infante #370, Providencia , Santiago , Chile.

Los edificios principales son 2 constituidos por la Unidad de pacientes Hospitalizados con 30 camas en la planta baja y oficinas de dirección y subdirección en el segundo piso.

El segundo edificio de mayor volumen contiene la Unidad de Hospital de Día en la planta baja con 2 Salas de Rehabilitación multiprofesional, Unidad de Alivio del Dolor con 4 box de atención médica y enfermería, en el segundo piso se encuentra la Unidad de Docencia e Investigación, Biblioteca, oficinas administrativas y auditorios.

Una tercera construcción de 1 piso contiene la Unidad de Policlínico CEA y otra construcción de 1 piso contiene la Unidad de Psicogeriatría, ambas ambulatorias.

Además la Institución cuenta con un parque central con áreas verdes de descanso y disponible para actividades de difusión o participación en red.

Recientemente la Universidad San Sebastián en convenio asistencial-docente con el Instituto ha implementado un modulo de docencia clínica para sus estudiantes.

Además se cuenta con la construcción de 18 camas en proceso junto al edificio de Hospitalización Aguda.

### **3.5 Recurso Humano**

La dotación del Instituto es de 173 funcionarios que corresponden a 15% médicos, 39% otros profesionales, 20% técnicos, 16% auxiliares y 10% administrativos. La dotación por especialidad es la siguiente: 2 Químicos Farmacéuticos, 3 Psicólogos, 3 Fonoaudiólogos, 4 Asistentes Sociales, 5 Terapeutas Ocupacionales, 7 Kinesiólogos, 23 Enfermeras, 23 Médicos, 30 Técnicos Paramédicos, 3 Nutricionistas, 17 Profesionales no clínicos, 20 Auxiliares, 4 Otros Técnicos.

### **3.6 Organigrama**

La Dirección y el Equipo Directivo del INGER, está conformado por el director, una Subdirección Médica, una Subdirección Administrativa, una Subdirección de Gestión del Cuidado, y una Subdirección de Recursos Humanos.

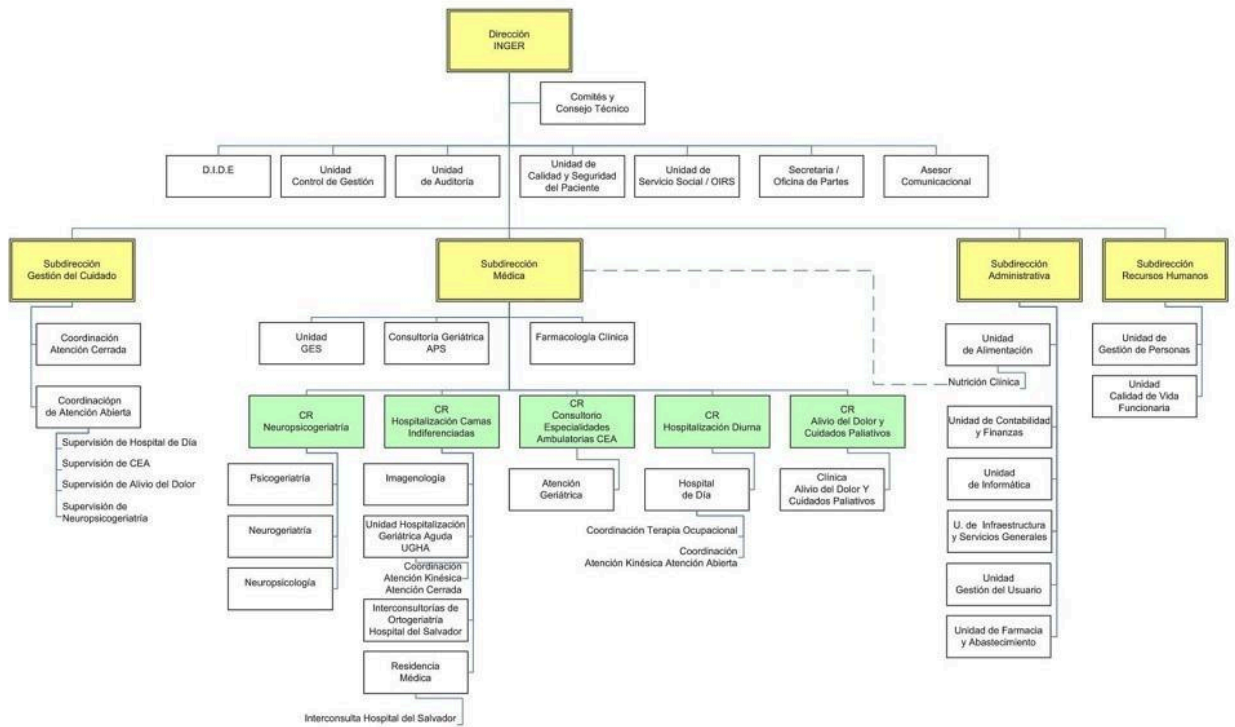
El INGER se ha organizado en Centro de Responsabilidad, siendo estos definidos como la unidad productiva básica, unidad que origina al menos un producto intermedio o final, el cual está bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada Centro de Responsabilidad está constituido por varios centros de costos, definidos estos como subunidades asociadas a productos intermedios y presupuesto conocido.

Los Centros de Responsabilidad son los siguientes:

- ✓ CR Neuropsicogeriatría
- ✓ CR Hospitalización Camas Indiferenciadas

- ✓ CR Consultorio Especialidades Ambulatorias
- ✓ CR Hospitalización Diurna

Organigrama aprobado por Resolución N° 696 del 10/04/2014.



### 3.7 Características del Entorno

El Instituto Nacional de Geriatria se encuentra en el sector oriente de Santiago, destinado a atender a la población adulta mayor. El Índice de vejez (Adultos mayores de 65 años/Niños menores de 15 años x 100), es el indicador que mejor evidencia el envejecimiento de la población. En el caso de la Red Oriente, en 2012 este indicador se encontraba muy por sobre la situación del país con 68,9 adultos mayores de 65 años por cada 100 niños entre 0 y 14 años. Eso significa que el Servicio de Salud Metropolitano Oriente supera en más de 20 puntos al país y la región.

Las comunas más envejecidas de la Red Oriente son la comuna de Ñuñoa

con 112 adultos mayores por cada 100 niños y la de Providencia con 118,9 adultos mayores de 65 años, por cada 100 niños entre 0 y 14 años.

**Tabla: Índice de vejez SSMO, RM, País, Decenio 2011 – 2020.**

Área	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
La Reina	61,7	64,7	67,8	71,1	74,5	77,7	80,7	84,3	88,4	92,3
Las Condes	81,0	84,9	89,0	93,1	97,3	101,9	106,3	111,3	116,7	121,9
Lo Barnechea	20,1	21,2	22,2	23,1	24,0	25,5	27,0	28,3	29,4	30,6
Macul	81,9	86,2	90,8	95,8	101,2	105,7	109,8	115,2	121,8	127,9
Ñuñoa	107,7	112,0	116,5	121,5	126,7	131,8	136,5	142,7	150,3	157,2
Peñalolén	35,4	37,3	39,3	41,3	43,3	45,3	47,2	49,3	51,4	53,6
Providencia	115,3	118,9	122,6	126,5	130,6	134,7	138,4	143,1	148,8	153,8
Vitacura	87,9	92,7	97,8	103,1	108,9	113,8	118,1	123,8	130,8	136,9
Isla de Pascua	23,0	23,6	24,8	25,2	26,3	27,3	28,6	29,3	30,8	31,5
SSMO	66,2	68,9	71,6	74,4	77,3	80,1	82,9	85,9	89,3	92,5
RM	41,7	43,2	44,9	46,5	48,1	49,9	51,7	53,5	55,3	57,1
País	42,1	43,8	45,6	47,3	49,0	51,0	52,9	54,8	56,8	58,7

Fuente: INE

Por su parte, la población beneficiaria del seguro público de salud FONASA, que corresponden a los potenciales usuarios de nuestra red de establecimientos, alcanzó para el año 2012 a las 622.391 personas, incluyendo a Isla de Pascua.

Esta población representa el 52,2% de los habitantes de las comunas bajo jurisdicción del SSMO. La mayor parte de los beneficiarios del FONASA corresponden a mujeres, quienes componen el 58,4% del total.

Los beneficiarios del FONASA de la Red Oriente representan el 4,7% del total de la población chilena adscrita a este seguro.

A nivel nacional, en el año 2002, el promedio de personas sobre los 60 años era de un 10.8%, pero para el año 2020, se espera un promedio del 17.3%, lo cual nos habla de un crecimiento de 6.5 puntos en tan solo 18 años para este grupo de la población.

Como los porcentajes nacionales de personas sobre los 60 años, seguirán al alza en los próximos años sin importar regiones o comunas, diversas municipalidades y el gobierno central deberán prestarle más atención a este segmento de la población, que requieren soluciones especializadas y prestaciones dirigidas a sus necesidades. Además, deben proyectar sus requerimientos a futuro, conocer cómo será la ciudad del mañana, con personas mayores cada vez más numerosas, ya que el fenómeno de envejecimiento poblacional lejos de ir en retirada, es un fenómeno que vino para quedarse.

#### **4. Análisis del Diagnóstico Situacional**

Para realizar el Diagnóstico se utilizaron herramientas como la Observación de las prácticas asistenciales docentes dentro de la Institución, Entrevistas a los docentes de distintas especialidades que se desempeñan como docentes en la Institución, entrevista a la Jefa de la Unidad de Docencia e Investigación de la Institución, aplicación de encuesta dicotómica a funcionarios al azar, revisión de documentación existente en la Institución.

##### **4.1 Área Liderazgo**

###### ***4.1.1 Dimensión Visión Estratégica y Planificación***

El director, equipo directivo y jefaturas tienen prácticas para desarrollar los procesos institucionales dirigidos hacia la Misión, Visión y Objetivos Estratégicos. Se reitera la importancia del Instituto como referente nacional en temas de transferencia del modelo de la Institución y del conocimiento en el área del desarrollo, así como fomentar la Investigación y docencia de parte de los funcionarios. Se utilizan canales de comunicación masiva como correos electrónicos institucionales, boletines de difusión interna, Consejo Técnico Ampliado. Además, a fines de 2018 se realizó revisión y actualización de la Planificación Estratégica Vigente, la cual se encuentra en proceso de Aprobación y Publicación. Esta revisión se realizó en Jornadas semanales con un grupo de funcionarios representativos de cada área de trabajo de la Institución.

#### ***4.1.2 Conducción y Guía***

El director y equipo directivo sostiene reuniones con los Centros formadores de forma regular para coordinar y evaluar las necesidades. Participan como observadores de presentaciones orales finales de cada pasantía médica únicamente.

En el ámbito de autoevaluación, no se pesquisan practicas ni en los docentes o en los directivos.

#### ***4.1.3 Información y Análisis***

Existen políticas de Clima Institucional que se canalizan a través de la Unidad de Calidad de Vida y Servicio de Bienestar, esto dirigido a los funcionarios. En cuanto a los estudiantes , la Unidad de Docencia es quien canaliza la información hacia los docentes a cargo o a los centros formadores de ser

necesario. No están claras las medidas a tomar en caso de maltrato u otro similar.

Se realiza de forma anual la rendición de cuenta pública en auditorio Minsal dentro de la Institución abierta al público donde se exponen los logros y metas alcanzados y pendientes en todos los ámbitos Institucionales.

## **4.2 Área Gestión Curricular**

### **4.2.1 Organización Curricular**

El marco curricular docente asistencial en la Institución se Rige por la Norma Ministerial 254 de Acción Asistencial docente y Norma 418 de Capacidad Formadora del Establecimiento. Además se consideran los lineamientos Institucionales, Protocolos de Calidad en Docencia e Investigación. Sin embargo no existe un Manual de contenidos propio de la Institución para estandarizar la transferencia del modelo de Geriatria y Gerontología deseado.

La unidad de Docencia señala a través de una entrevista que poseen 1 pasantía documentada y el resto se diseña según necesidad.

### **4.2.2 Preparación para la enseñanza**

En relación a la coherencia entre los programas de estudios y la planificación estratégica , no existe documentación, solo análisis cualitativo no documentado de los logros de transmisión del modelo mediante entrevistas con los estudiantes al finalizar sus pasantías.

Las estrategias docentes de enseñanza no son estandarizadas ni evaluadas hasta la actualidad, pero en 2019 se iniciará un ciclo de capacitaciones docentes.

Las estrategias docentes de procedimientos de evaluación no son evaluadas ni estandarizadas, se utilizan los procedimientos señalados por la Universidad y otras evaluaciones sumativas elegidas por el docente a cargo según criterio.

#### **4.2.3 Acción docente en el aula**

La acción docente en el aula NO APLICA en este tipo de Institución , por lo que será valorado como Acción docente en el área clínica.

No se recoge información sobre los sistemas de enseñanza utilizados ni hay prácticas para asegurar que los docentes mantengan sus expectativas altas respecto a sus estudiantes.

El espacio educativo es suficiente para aprendizaje de prácticas clínicas, no así para aprendizaje teórico o evaluaciones de áreas específicas con los alumnos, pues se realiza la exposición de temas , casos clínicos o interrogaciones durante la labor clínica con el paciente, situación que a algunos estudiantes los atemoriza y disminuyen su desempeño.

#### **4.2.4 Evaluación de la Implementación Curricular**

Las prácticas para evaluar la cobertura curricular son escasas, en ocasiones con las pasantías breves se realizan pruebas de selección múltiple. En el caso de las pasantías largas se evalúa mediante presentaciones o trabajos escritos sobre lo aprendido y se corrigen los errores en el momento.

Las prácticas para evaluar logros más utilizadas en este tipo de Instituciones son la evaluación en equipo de docentes de casos clínicos desconocidos por el estudiante con pauta de evaluación estandarizada entregada por la universidad de origen, donde se verifica el aprendizaje y correcta aplicación de la

Valoración Geriátrica Integral y los conceptos fundamentales que debe poseer el estudiante.

No existen instancias de reflexión como reuniones entre docentes , docentes y Unidad de docencia , docente y alumnos etc, para realizar ajustes durante la pasantía o expresar dudas o conflictos. Si existe la posibilidad de canalizarlo via correo electrónico institucional.

### **4.3 Área Convivencia Escolar**

#### ***4.3.1 Convivencia Escolar en función del PEI (planificación estratégica)***

No existen normas difundidas y consensuadas sobre conducta o gestión de conflictos dentro del ámbito docente asistencial.

NO APLICA evaluar la participación de padres o apoderados en este tipo de Institución.

#### ***4.3.2 Formación Personal y Apoyo a los Estudiantes en sus aprendizajes***

No existen instancias difundidas de apoyo psicosocial a los estudiantes.

Las prácticas para promover el aprendizaje progresivo y diferenciado de los estudiantes son de criterio individual de cada docente.

Las practicas para promover la continuidad de los estudios posterior a esta Institución son practicas personales de cada docente pudiendo ser escasa o nula en algunos casos.

#### **4.4 Área Gestión de Recursos**

##### **4.4.1 Recursos Humanos**

No existen practicas sobre diagnóstico de necesidades de los docentes dentro de la Institución.

No existen Practicas sobre coordinación de Objetivos docentes congruentes con las metas institucionales, solo comentarios de pasillo aislados.

##### **4.4.2 Recursos Financieros, Materiales y Tecnológicos**

Existe un sistema de solicitud de recursos a las Universidades por concepto de compensación económica por la no remuneración de los docentes.

Existe un presupuesto asignado a la Unidad de Docencia e Investigación regulada por indicadores de eficiencia y unidad de control de gestión.

##### **4.4.3 Proceso de Soporte y Servicios**

No existen prácticas que evalúen si los procesos de soporte se ajustan a las necesidades de los estudiantes.

No existen sistemas de registro de las actividades que realizan los estudiantes sistemáticamente.

#### **5. Desarrollo de los Descriptores ; Evidencias y Niveles.**

Se utilizará la siguiente tabla de referencia:

Los niveles de evaluación se expresan en una escala que representa

niveles específicos de la calidad de la práctica o de la ausencia de una práctica escolar. Se expresa en valores (0 al 5) con sus respectivas descripciones.

*“Para determinar el nivel de instalación de cada uno de los Descriptores se utiliza la siguiente escala, la que debe ser complementada con los comentarios o datos recolectados a través de instrumentos o documentos de cada establecimiento para su análisis”:*

<b>Valor</b>	<b>Nivel</b>	<b>Descriptores de las Dimensiones</b>
<b>0</b>	No hay evidencias	No hay evidencia documental, mecanismos o sistemas que den cuenta de la existencia del Descriptor. Éste no está formalizado ni existen responsables para su cumplimiento.
<b>1</b>	Existe evidencia con despliegue parcial o irrelevantes para la comunidad	Se declara su existencia; sin embargo, su aplicación ha sido ocasional. El Descriptor está obsoleto o es poco conocido. La información sobre el mismo o sus resultados son irrelevantes para la comunidad o no son utilizados para la toma de decisiones.
<b>2</b>	Práctica sistemática con despliegue parcial	Se declara su existencia, su aplicación ha sido frecuente, aunque la información sobre el Descriptor no ha sido utilizada para la toma de decisiones o bien no ha consolidado resoluciones con orientación al mejoramiento de los resultados.

3	Práctica sistemática con despliegue total y orientada a resultados	Se declara su existencia; su aplicación ha sido frecuente; la información sobre el mismo ha sido utilizada para la toma de decisiones y su uso origina resoluciones con clara orientación a mejorar los resultados.
4	Práctica sistemática con despliegue total, orientada a resultados, evaluada y mejorada.	Se declara su existencia; su aplicación es sistemática, la información es utilizada permanentemente para la toma de decisiones, logrando el mejoramiento de los resultados.
5	Práctica Efectiva	Se declara su existencia; su aplicación es sistemática y la información es utilizada permanentemente para la toma de decisiones y permite alcanzar los resultados esperados. Se trata de una práctica efectiva en el establecimiento y su uso ha sido formalmente sistematizado, evaluado y mejorado, generando aprendizajes y mejoras continuas en el establecimiento.

### 5.1.1 Área Liderazgo

VISION ESTRATÉGICA Y PLANIFICACIÓN	EVIDENCIA	NIVEL DE EVIDENCIA
Existen prácticas de Planificación del Establecimiento.	Planificación Estratégica documentada y con seguimiento de metas.	5
Revisión y actualización del PEI, de acuerdo a las necesidades.	Planificación estratégica en revisión de acuerdo a nuevos objetivos , documentado y con reuniones semanales y responsables.	5
Existen prácticas por parte de los líderes en asegurar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento de acuerdo a los Objetivos y Metas Institucionales.	Existen actividades de difusión de las actividades de mejora continua y sus resultados via correo electrónico y boletín interno.	4
CONDUCCIÓN Y GUÍA	EVIDENCIA	NIVEL DE EVIDENCIA
Prácticas del Director y del Equipo Directivo que aseguran la coordinación y articulación de toda la comunidad educativa para favorecer el logro de los	Existen reuniones con centros formadores y el equipo directivo para coordinar objetivos.	3

objetivos y del PEI.		
Existen prácticas para asegurar que el Director y el Equipo Directivo evalúen su desempeño.	No existen	<b>0</b>
<b>INFORMACIÓN Y ANALISIS</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
La Dirección vela por el clima institucional, promoviendo acciones de mejora y resolviendo oportuna y adecuadamente las situaciones que afectan la convivencia entre los docentes, el personal del establecimiento, los padres y los alumnos.	Existen políticas institucionales sobre el tema , unidad de calidad de vida y la unidad de docencia canaliza los conflictos.	<b>3</b>
Existen sistemas de rendiciones de cuenta pública, efectuadas por la Dirección del establecimiento, a los diversos estamentos de la comunidad escolar, para dar a conocer los	Se realiza cuenta pública anual	<b>5</b>

resultados del aprendizaje y de las demás áreas del plan anual.		
---	--	--

### 5.1.2 Área Gestión Curricular

<b>ORGANIZACIÓN CURRICULAR</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Existen prácticas que articulan el Marco Curricular, Plan de Estudio, Plan Anual, PEI y Calendarización.	Normas ministeriales, Lineamientos Institucionales.	<b>2</b>
Existe coherencia entre ciclos y niveles en la práctica y el progreso de los Objetivos de aprendizajes o Aprendizajes esperados, según corresponda.	Presentación oral para presentar aprendizajes esperados con retroalimentación verbal, no documentada.	<b>2</b>
<b>PREPARACIÓN DE LA ENSEÑANZA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Prácticas que aseguren la articulación y coherencia de los diseños de enseñanza con los Programas de Estudio y la	Análisis cualitativos no documentado, entrevistas a los estudiantes no documentadas.	<b>3</b>

planificación estratégica .		
Existen prácticas para asegurar que las estrategias de enseñanza diseñadas por los docentes sean pertinentes y coherentes a las necesidades de los estudiantes.	No existen	0
Existen prácticas que aseguran la coherencia entre los procedimientos de evaluación de los aprendizajes y las estrategias de enseñanza diseñadas por los docentes.	Rúbricas otorgadas por la Universidad de origen de los estudiantes documentadas, de origen no institucional.	1
<b>ACCIÓN DOCENTE EN EL AREA CLINICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Existen prácticas para recoger información sobre la implementación de los diseños de enseñanza en el aula.	No existen	0
Existen prácticas para asegurar que los docentes mantengan altas expectativas	No existen	0

sobre el aprendizaje y desarrollo de todos sus estudiantes.		
Existen prácticas para asegurar que el espacio educativo se organiza de acuerdo a las necesidades de los aprendizajes de los estudiantes y en función de los diseños de enseñanza.	Espacio clínico presente, biblioteca, auditorios disponibles.	4
<b>EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACION CURRICULAR</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Prácticas para evaluar la cobertura curricular lograda en los distintos niveles educacionales.	Interrogaciones orales Presentación de casos clínicos Presentación de temas asignados	3
Existen prácticas para evaluar los logros de aprendizaje en los distintos cursos, establecidos en el Marco Curricular.	Caso clínico desconocido con integración de temáticas.	3
Existen prácticas que aseguran instancias de reflexión sobre la implementación curricular para realizar los ajustes necesarios.	No existen	0

### 5.1.3 Área Convivencia Escolar

<b>CONVIVENCIA ESCOLAR EN FUNCION DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
<p>Existen normas difundidas y consensuadas entre los estamentos de la comunidad educativa para regular conductas y gestionar conflictos entre los distintos actores del establecimiento educacional.</p>	<p>No existen</p>	<p><b>0</b></p>
<p>Se establecen prácticas para asegurar que el involucramiento de padres y/o familias está en función de la implementación del PEI y del apoyo a los aprendizajes de sus hijos.</p>	<p>No aplica</p>	<p>-----</p>

<b>FORMACION PERSONAL Y APOYO A LOS ESTUDIANTES EN SUS APRENDIZAJES</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Existen prácticas para facilitar el desarrollo psicosocial de los estudiantes, considerando sus características y necesidades.	No existen	0
Existen prácticas para apoyar el desarrollo progresivo de los estudiantes, atendiendo a las dificultades y avances en su aprendizaje.	Se utilizan criterios individuales	1
Existen prácticas para promover la continuidad de estudios, la inserción social y/o laboral de los estudiantes, según sea el caso.	Se utilizan criterios individuales	1

#### 5.1.4 Área Gestión de Recursos

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
-------------------------	------------------	-------------------------------

Existen practicas para diagnosticar las necesidades de los docentes y paradocentes en relación con las competencias requeridas para implementar el PEI.	Reuniones anuales con el equipo directivo y docentes.	3
Existen prácticas que aseguran la formulación y comunicación de Metas individuales y grupales en coherencia con los Objetivos Institucionales.	No existen	0
<b>RECURSOS FINANCIEROS, MATERIALES Y TECNOLÓGICOS</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Existen prácticas que aseguran la mantención de los recursos materiales, tecnológicos y de equipamiento que requiere la implementación del la Planificación Estratégica.	Sistema de solicitud anual de materiales por convenio asistencial docente con las Universidades	4
Existen prácticas para asegurar el uso eficiente de los recursos financieros.	Presupuesto asignado para docencia e investigación	4

	supervisado y con indicadores presupuestarios.	
<b>PROCESO DE SOPORTE Y SERVICIOS</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Existen prácticas para asegurar que los soportes y servicios se ajustan a los requerimientos de la comunidad educativa.	No existen	<b>0</b>
Existen prácticas para asegurar un sistema de registro y actualización referida a los soportes y servicios.	No existen	<b>0</b>

## 6. Análisis de los resultados

Luego de expuesto en las tablas anteriores se pueden identificar aspectos de la gestión con mayor y menor valoración y desarrollo dentro de la Institución.

En el caso de los mejor valorados encontramos que dentro del **Area de Liderazgo** el Establecimiento cuenta con una Planificación Estratégica clara y en constante revisión y actualización de acuerdo a las necesidades y mejoras

continuas que son transmitidas a los funcionarios a través de reuniones, correos electrónicos oficiales y boletines internos. Además la Institución genera instancias formales de análisis de la Planificación Estratégica haciendo participe a todas las áreas del establecimiento mediante representantes. Cabe destacar que la nueva Planificación Estratégica será presentada este año y que este análisis se basa en la Vigente hasta Marzo de 2019.

Otro punto alto de la valoración es la existencia de una Cuenta Pública anual efectuada por el equipo directivo, la próxima programada será el 8 de Abril de 2019 en auditorio MINSAL del Instituto.

En el área de **Gestión Curricular** encontramos como puntos positivos, pero mejorables , practicas frecuentes no documentadas , innatas en la Institución a través de los años de desarrollo en torno a Coherencia entre los Programas de Estudios y la Planificación Estratégica. Otro punto positivo es el Espacio Físico disponible para las actividades docentes , como el entorno clínico amplio, Biblioteca, Auditorios, Parque. Un punto positivo, pero susceptible de mejora es la forma en que los docentes realizan las evaluaciones de aprendizajes esperados, lo que se realiza de modo semiestructurado , con una tendencia a la repetición de los modos de evaluación a través del tiempo no documentado.

En el área **Convivencia Escolar** no encontramos puntos con alta valoración.

En el área **Gestión de Recursos** encontramos practicas anuales en forma de reuniones entre el equipo directivo, unidad de docencia y docentes para evaluar de forma oral las necesidades de los docentes en la Institución, última reunión en Marzo de 2018. En relación a los recursos financieros ,materiales y tecnológicos existe una práctica sistematica de solicitud de equipamiento y materiales por concepto de compensación docente desde la Universidad de Origen en reemplazo del pago de honorarios a los docentes de la Institución, quienes no pueden recibir dinero por realizar docencia a alumnos dentro de su Jornada laboral como profesionales clínicos por norma Ministerial para funcionarios públicos. En este mismo punto de recursos financieros en la

Institución existe Presupuesto otorgado y supervizado por la unidad de control de gestión a la unidad de docencia, por norma.

Ahora desde la otra perspectiva, los puntos bajos en la evaluación son en el **Área de Liderazgo** en relación a la nula existencia de mecanismos de autoevaluación del equipo directivo para evaluar su desempeño.

En el **Area de Gestión Curricular** No existen practicas para estandarizar estrategias de evaluación y de enseñanza , revisión y capacitación de habilidades docentes, mecanismos para recoger información de los resultados en los estudiantes y en los docentes. Asi mismo tampoco existen instancias de reflexión para realizar ajustes a las tematicas de enseñanza, modos de enseñanza, preocupaciones o conflictos de los docentes.

En el **Area de Convivencia Escolar** existe la menor puntuación , siendo nula las normas difundidas en relación a regular conductas y conflictos entre docentes y alumnos. No existen prácticas para facilitar el desarrollo psicosocial del alumno considerando sus características y necesidades. Las prácticas para promover el aprendizaje progresivo de los estudiantes , asi como su continuidad de estudios es solo a través de criterio personal del docente a cargo y no es exigido como parte de la labor docente.

En el **Área de Gestión de Recursos** no existen prácticas para asegurar la formulación de metas coherentes con la planificación estratégica, no existen horas resguardadas para la actividad docente, no hay practicas que aseguren que los soportes y servicios son suficientes para la labor educativa, ni registro sistemático de estos servicios de soporte.

En forma global según la escala presentada, la evaluación cuantitativa queda como sigue:

### **Area Liderazgo**

Total: 3,4 = 3

Visión Estratégica y Planificación: 4,6 = 5

Conducción y Guía: 1,5 =2

Información y Análisis: 3,5 =4

### **Area Gestion Curricular**

Total: 1,63 =2

Organización Curricular: 2

Preparación de la enseñanza: 1,3 = 1

Acción docente en el aula clínica : 1,3 = 1

Evaluación de la implementación curricular: 2

### **Area convivencia Escolar**

Total : 0.4

Convivencia escolar en función de la planificación estratégica : 0

Formación personal y apoyo de los estudiantes en sus aprendizajes: 0,7

## **Area Gestión de Recursos**

Total: 1,83= 2

Recursos Humanos:1,5 =2

Recursos Financieros, Materiales y tecnológicos : 4

Proceso de Soporte y Servicios: 0

Las áreas críticas detectadas según esta pauta son en orden :

1. **Area Convivencia Escolar** en todas sus dimensiones
2. **Area Gestión Curricular** en las dimensiones Preparación de la Enseñanza y Acción Docente en el Aula
3. **Area Gestión de Recursos** en las dimensiones Recursos Humanos y Procesos de Soporte.

Además del análisis anterior se trabajó con entrevistas a docentes de distintas profesiones dentro del Instituto y desde otra visión a la Encargada de la Unidad de Docencia de la Institución, desde donde se obtuvo información importante para este trabajo de análisis.

Se realizaron 6 entrevistas a docentes clínicos de la Institución, 2 Kinesiólogos, 1 Enfermera, 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Nutricionista y 1 Fonoaudióloga.

A continuación, algunos ejemplos de las entrevistas realizadas :

Ante la preguntas:

**¿Conozco la Misión y Visión del INGER?**

Los docentes respondieron que “ la conocen, pero no la recuerdan de memoria y para ello tienen cuadros en la pared para consultarlo”

**¿Conozco los objetivos de la planificación estratégica actual del INGER en relación a docencia e Investigación?**

Los docentes respondieron que “NO , pues se han hecho cambios en los últimos años y no han sido expuestos lo suficiente”

**¿Conozco los requerimientos para que un alumno haga su internado o pasantía en INGER?**

Las respuestas fueron variadas, en 4 de los entrevistados la respuesta fue “NO los conozco”, en los otros casos fue “Si , vacuna hepatitis B, seguro salud universidad, convenio, prueba IAAS aprobada”, “ Conozco algunos , como que aprueben prueba IAAS”.

**¿Cuento con un programa de contenidos y cronograma de pasantía entregado por INGER?**

La respuesta fue “NO de contenidos, solo de cronograma” en todos los casos.

**¿Cuento con un programa de contenidos y cronograma de pasantía entregado por la Universidad de origen del alumno?**

En 3 de los entrevistados la respuesta fue “Si” y en los otros 3 la respuesta fue “NO “.

Ante la pregunta **¿Cuáles son los contenidos básicos de Geriatria y Gerontología independiente de la profesión que considero importante enseñar a los alumnos?**

Haciendo una síntesis de las respuestas entregadas se obtiene “Envejecimiento, sindromes geriatricos, VGI, visión integral del adulto mayor, evaluación funcional, Patologias frecuentes en geriatria, Ges aplicable a AM, gerontología social” En este ítem sorprende que los docentes tienen la misma perspectiva de enseñanza.

Luego en relación a la pregunta **¿Cuáles son las formas de evaluación que utilizo con mis alumnos?**

Al recopilar la información se obtienen como respuesta “Evaluacion diagnostica inicial, Presentación temas y casos clínicos, Retroalimentación diaria, Analisis casos diarios, Interrogación oral, Trabajos prácticos”

**Al consultar ¿Creo que todos los profesionales del INGER están nivelados en conocimientos y técnicas de docencia para ejercer su labor?**

La respuesta general fue que “No y que es necesario estandarizar y nivelar a los docentes”

**¿Qué aspectos positivos puedo mencionar de la labor docente en INGER?**

“Mantiene actualizados a los docentes en técnicas y conocimientos, facilita el aprendizaje de lo teórico a lo práctico, existe una mayor posibilidad de interacción directa con pacientes y familiares y el equipo multiprofesional”

### **¿Qué mejoras puedo proponer para la labor docente en INGER?**

“Falta de tiempo protegido para docencia e investigación, estandarización de exigencias y técnicas docentes, reuniones de internados , entrega de material de estudio confeccionado por INGER , manual, tiempo sin atención clínica para evaluar al alumno y aclarar dudas. Reuniones de profesionales y alumnos con exposición de temas según profesión y transversales, rotativa de internos con otras especialidades”

En la entrevista realizada a la Jefa de la Unidad de Docencia se obtuvo mucha información relevante, a continuación la entrevista:

### **¿En que consiste su labor dentro del INGER en su Unidad de trabajo?**

“Supervizar el cumplimiento de las normas asociadas a la actividad asistencial-docente. Que son principalmente la Normas Ministeriales de Accion Asistencial docente , Norma 254 y Norma de Capacidad formadora 418, además de los Lineamientos institucionales”

### **¿Qué Abarca la Unidad de Docencia de INGER?**

“Es una Unidad asistencial docente e investigación extensión y capacitación”

**¿Cuáles son los requisitos que debe cumplir un alumno para realizar una pasantía o internado en INGER?**

“Contar con Convenio asistencial docente por ministerio, Vacunas Hepatitis B, Inducción Institucional, Curso IAAS aprobado. Postgrado además de lo anterior deben estar registrados en la superintendencia de salud, y los pasantes breves deben tener una Institucion que los respalde, especialmente publica”

**¿Existen programas de pasantía documentados según tipo de pasantía y área profesional?**

“Escrita solo 1 que es la pasantia breve de equipos de salud de 5 días, cuyo objetivo es conocer el modelo y el rol de cada profesional. Para pasantias especificas se confeccionan según necesidad”

**¿Existen programas de capacitación para los docentes clínicos de INGER que estandaricen sus métodos de trabajo?**

“En la nueva planificación estratégica se establecen cursos :Habilidades docentes , Medicina basada en la evidencia, Curso Publicaciones en salud”

**¿El Instituto ha avanzado en la implementación de un modelo educativo institucional en sus alumnos?**

“Se van con conceptos claros de VGI, redes asistenciales, equipo multidisciplinario, perfil de los usuarios, funcionalidad. Esta información se obtiene por entrevista al termino de las pasantias y presentaciones orales de los pasantes”

**¿Cuáles son las áreas temáticas que considera importantes enseñar de modo transversal a los pasantes o internos que pasen por el INGER?**

“Definición del modelo: Usuario(paciente-cuidador), niveles asistenciales, VGI, rol equipo multidisciplinario”

**¿Existen análisis periódicos de los procesos de docencia entregados en términos de calidad, metas cumplidas y cuales son los mas relevantes en el último período evaluado?**

“Existen muchos indicadores, Indicadores presupuestarios, calidad, ejecución , planificación anual”

**¿Cuáles son las mejoras que propondrías para los internados en INGER?**

“Falta que el funcionario INGER incorpore que es parte de su función ser docente al estar dentro de un Instituto Nacional y dar la posibilidad de evaluar a los docentes a los alumnos asi como autoevaluaciones”

También se hizo revisión de un Análisis FODA realizado para la nueva Planificación Estratégica en vías de implementación:

En relación al análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la Institución para el cumplimiento de sus Objetivos se encuentran principalmente:

**FORTALEZAS:**

Compromiso de los funcionarios con la institución y con el adulto mayor.
Recurso humano especializado, con formación en Geriatria y Gerontología.
Vocación de servicio asistencial docente de sus funcionarios.
Experiencia del personal en la atención de usuarios externos e internos.

Institución Acreditada por el Ministerio de Salud en Calidad y Seguridad de la atención.
Capacidad de trabajo en equipo.
Sentido de pertenencia de los funcionarios.
Altos índices reportados de satisfacción usuaria.
Único instituto en geriatría a nivel país.
Bien posicionado en ranking de evaluaciones nacional.
Centro de alta complejidad.
Centro formador.
Interés por el desarrollo de la docencia e investigación y atención de calidad orientada al adulto mayor.

### **OPORTUNIDADES:**

Crecimiento de la población adulto mayor a nivel nacional y mundial.
Nueva infraestructura de mejora en el actual recinto.
Capacitaciones gratuitas impulsadas por el Ministerio de Salud.
Políticas públicas que apuntan a la vejez.
Proyecto reposición INGER en nuevos terrenos frente al actual recinto, proyectado para el 2022.
Convenios docentes asistenciales existentes y por adquirir.
Fondos nacionales para proyectos de Innovación e Investigación.
Formación de especialista por el MINSAL que devuelve la beca al sistema público surgiendo fondos económicos.

Interés de Universidades por recibir docencia en el campo de Geriatria y Gerontología
---

**DEBILIDADES:**

Comunicación poco eficiente entre jefaturas y funcionarios.
Infraestructura actual muy antigua y con desperfectos.
Recursos económicos o presupuesto limitado.
Sobrecarga laboral.
Falta integración entre área clínico y administrativa.
Ausentismo.
Funcionamiento de unidades como islas.
Poco reconocimiento de parte de los directivos y jefaturas.
Resistencia al cambio.
Falta de conexión con la red de salud para continuidad de la atención del adulto mayor al alta.
Modelo docente no formalizado.
Modelo de atención no formalizado.

**AMENAZAS:**

Políticas gubernamentales / públicas nuevas e inciertas.
Adulto mayor no es prioridad en políticas públicas.
Cambios de personal constante o de mandos superiores.

Desastres naturales.
Falta de sentido social sobre adultos mayores.
Marco normativo.
Cambio de gobierno y cambio de dirección.
Competencia con otros centros por captación de profesionales.
Economía del país no favorece la realización de nuevos proyectos.
Falta de visualización del INGER a nivel país.
Objetivos difusos.
Falta de protocolos y estándares para la labor docente dentro de los hospitales.

Otra información importante fue recabada en una reunión de representantes de funcionarios de la Institución en Noviembre de 2018, sobre las problemáticas pesquisadas quedó en acta el siguiente listado de problemáticas a considerar como parte del Diagnóstico Institucional:

**Modelo de trabajo institucional no documentado.** El modelo de trabajo es realizado por su personal y transmitido por vía oral a los nuevos funcionarios, pero requiere actualización y registro formal en documento institucional.

**Actividad docente subvalorada.** Se le resta valor a la actividad docente realizada en la Institución, siendo desplazada por la sobrecarga asistencial.

**Transmisión del conocimiento a usuarios externos escasa y no continua en el tiempo.** Se realizan capacitaciones aisladas a otros centros de salud o profesionales del área, pero no es sistemático y el impacto porcentual es bajo.

**Falta de horas resguardadas para trabajo en investigación y docencia.** Los profesionales que realizan docencia e investigación lo hacen sobre sus labores clínicas o fuera de horario laboral sin reconocimiento económico o curricular.

**Planificación estratégica vigente no coherente con los cambios sociales, demográficos y de enfoque actual del INGER.** La planificación estratégica vigente tuvo su implementación con énfasis en la actividad asistencial, concretar programas de atención específicos que siguen en pie, actualmente se requiere una actualización e incorporación de nuevas líneas de trabajo.

En el marco de la Planificación Estratégica a continuación se detalla información sobre la Gestión en el ámbito de docencia de la Institución en :

- Mapa Estratégico de Gestión
- Plan anual de actividades
- Nivel de cumplimiento

Se utilizó la información expuesta en la última cuenta pública.

Mapa Estratégico de Gestión:

Plan anual de

Sustentabilidad Financiera	Eficiencia Operacional	Gestión Clínica	Excelencia de la Atención
	Indicador	Realizar seguimiento de pacientes post alta en UGHA	Conocer y mejorar la percepción y satisfacción usuaria de INGER
	N° de Investigaciones realizadas por año	Generar sistemas de control de actividad clínica	Mejorar proceso de agendamiento de pacientes asociados a patologías PPV - GES
	Informe de evaluación del Programa	Mejorar los procesos de Coordinación con Atención Primaria	Contar con Sistema de Control de Riesgos Institucional
	N° de Seminarios realizados	Actualizar Protocolos de procesos asistenciales	Lograr y mantener la acreditación de la calidad hospitalaria

actividades

## Plan anual de actividades y cumplimiento

Indicador	Realizado
Investigaciones realizadas por año	Si
Indicador	
Inspección realizada	Si
Capacitación realizada	Si

Nivel de cumplimiento en área docente

Estrategias / Perspectivas	Transferir el Modelo de Atención de Geriatria		
	N° Actividades Programadas	N° Actividades Realizadas	Porcentaje Cumplimiento
Usuario	2	2	100%
Financiera	1	1	100%
Procesos Internos	2	2	100%
Aprendizaje y Desarrollo	1	1	100%
	6	6	100%

Así mismo se utilizaron otros antecedentes de actividades de docencia de la Cuenta Publica 2018, en donde la Institución presentó lo siguiente:

Se realizaron en ámbito de docencia:

- 45 Pasantías de Funcionarios de otros servicios de salud del país.
- 481 alumnos de pregrado realizaron su internado profesional en INGER.
- 36 Becados de Postgrado realizaron su pasantía en INGER.

Se realizó en ámbito de capacitación:

- Talleres para la comunidad mensual sobre temáticas educativas para el adulto mayor.
- Cursos para redes asistenciales como Jornadas de Envejecimiento.
- Cursos para profesionales de la red de salud.
- Curso de Educación continua en Geriatría para Atención Primaria en salud.
- Curso de Psicogeriatría para profesionales de la red de salud.

Además se revisaron las normativas principales que regulan la actividad docente asistencial :

- Decreto Exento N° 254 de 09.07.2012, Norma General Técnica y Administrativa sobre Asignación y Uso de los Campos de Formación Profesional y Técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Resolución Exenta N° 458 de 04.03.2014 Imparte instrucciones para la aplicación de la Norma General Técnica Administrativa (NGTA) aprobada por Decreto N° 254 del 9.07.13 y define criterios de asignación de los CFPT del Servicio Nacional de Salud para las carreras profesionales y técnicas de salud, MINSAL (2014).
- Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, MINSAL (2012).
- Ley 19.966 establece un Régimen de Garantías en Salud, MINSAL (2004).
- Decreto Supremo N° 15 Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud, MINSAL (2012).
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, Superintendencia de Salud, MINSAL (2009).
- Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, MINSAL (2009).

## Norma Ministerial # 254 que regula la relación asistencial-docente en Chile.

óptima relación del Sector Público de Salud con las instituciones de educación

12. La necesidad de actualizar la Norma General Técnica Administrativa N°18, sobre asignación y uso de los CFPT, a objeto de facilitar su implementación.
13. Las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la asignación y el uso de los Campos para la Formación Profesional y Técnica.
14. Que por lo expuesto, vengo en dictar el siguiente

Otro  
foco

### DECRETO:

1. **APRUÉBASE**, la Norma General Técnica y Administrativa que regula la relación asistencial – docente y establece criterios para la asignación y uso de los campos para la formación profesional y técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

2. La norma aprobada, se expresa en documento anexo a la presente resolución que consta de 13 páginas, que se entenderá formar parte de ésta, y cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de este Ministerio.

3. **REMÍTASE** un ejemplar de la citada Norma General Administrativa a los Servicios de Salud de todo el país y a todos los Establecimientos de Autogestión en Red, junto con una copia de la presente Resolución.

4. **DERÓGANSE** la Resolución Exenta N° 418, del 10 de marzo de 2010 y la Resolución Exenta N° 538 de fecha 08 de mayo de 2012, ambas del Ministerio de Salud.

### ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JAIME MAÑALICH MUXI  
MINISTRO DE SALUD

#### DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Ministro de Salud
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Servicios de Salud del País
- Establecimientos de Autogestión en Red
- División Jurídica
- Oficina de Partes

de revisión fueron los protocolos Institucionales existentes :

Protocolo de Procedimientos y Actividades para alumnos de PreGrado en

 DIDE	<b>Instituto Nacional de Geriatria</b> <b>Servicio de Salud Metropolitano Oriente</b>	DP 4 2 COD. 079 Versión: N° 5.0 Resolución N° 646 Fecha Actualización Abril 2014 Vigencia: Junio 2017 Página 1 de 33
---	--	--

**PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES A REALIZAR POR ALUMNOS DE PREGRADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA**



INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA

DRA.MBV/JQS/javf

**RESOL. EXENTA N° 711**  
**SANTIAGO, 28 de Abril de 2017**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en la Resolución Exenta n° 646 fecha 07 de abril de 2014; Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada; en uso de las facultades delegadas por D.S. N° 38/2005 Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red, y Resolución N° 104 del 29 de febrero 2016 de la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Oriente en que se me designa como Directora del Instituto nacional de Geriatria,

**CONSIDERANDO:**

- 1.- La exigencia ministerial de contar con una serie de documentos formales, los cuales son requisitos para lograr el cumplimiento o mantenimiento de la calidad de Autogestionado en Red, la acreditación como Prestador de Salud y la Autorización Sanitaria.
- 2.- La necesidad de contar con un sistema actualizado de gestión de documentación exigida en el punto N° 1 de la presente resolución.
- 3.- A la fecha revisado el documento "Procedimientos y actividades a realizar por alumnos de pregrado en el Instituto Nacional de Geriatria" (versión 5.0) que hace referencia la presente resolución exenta, se ha establecido que no se hace necesario actualizar dicho documento, por cuanto las instrucciones allí impartidas se encuentran vigentes y conforme con la normativa vigente, razón por la cual se prorrogará su vigencia por un período de 3 años desde la fecha de la presente resolución.
- 4.- Sin perjuicio de lo anterior, en caso de requerirse actualizar su contenido, se realizará dicha actualización a través de las jefaturas de las unidades correspondientes.

**RESUELVO:**


- 1.- **Prorrogar la vigencia**, por tres años a contar de esta fecha el documento "Procedimientos y actividades a realizar por alumnos de pregrado en el Instituto Nacional de Geriatria" (versión 5.0) aprobado por Resolución Exenta n° 646 fecha 07 de abril de 2014.

SE REVISÓ Y COMUNICÓ,  
  
**DRA. MILITZA BRAVO VERDUGO**  
DIRECTORA  
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA

  
  
**SRA. LORETO GONZALEZ**  
TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE



INGER.


 <p><b>DIDE</b></p>	<p><b>Instituto Nacional de Geriatria</b></p> <p><b>Servicio de Salud Metropolitano Oriente</b></p>	DP 4.2 COD. 079
		Versión: N° 5.0 Resolución N° 646
		Fecha Actualización Abril 2014
		Vigencia: Junio 2017
		Página 3 de 33

3. **Definiciones:** Establecidas en documento programa de supervisión de las prácticas clínicas de alumnos de pregrado en el instituto nacional de Geriatria.

4. **Responsabilidad:**

Responsable	Actividad
<b>Dirección del Instituto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir el marco de actividades y procedimientos que podrán realizar los alumnos de universidades, institutos y centros de formación técnica que participen en actividades asistenciales docentes en INGER y el nivel de supervisión según carrera y nivel de formación requerido.</li> </ul>
<b>Jefe de UGHA y Tutor Clínico.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar la labor asistencial y docente al interior de la unidad clínica.</li> <li>Supervisar que las actividades realizadas por los alumnos se enmarquen en los procedimientos y actividades establecidas en este documento.</li> </ul>
<b>Unidad de Docencia Investigación Difusión y Extensión (DIDE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar la actividad Asistencial Docente al Interior del Establecimiento de acuerdo a capacidad formadora.</li> <li>Supervisar periódicamente el cumplimiento de los procedimientos y actividades establecidos en este documento.</li> </ul>
<b>Docentes Académicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer y guiarse por este documento de procedimientos y actividades para realizar evaluación y supervisión periódica a los alumnos.</li> </ul>
<b>Alumnos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer y cumplir con este documento de procedimientos y actividades en su paso por este campo clínico.</li> </ul>

# Protocolo de supervisión de las prácticas clínicas de alumnos de Pregrado en INGER

 <p>DIDE</p>	<b>Instituto Nacional de Geriatria</b>  <b>Servicio de Salud Metropolitano Oriente</b>	DP 4.2 COD. 078
		Versión: N° 2.0 Resolución N° 680
		Fecha Actualización Abril 2014
		Vigencia: Abril 2017
		Página 1 de 12

## PROGRAMA DE SUPERVISION DE LAS PRÁCTICAS CLINICAS DE ALUMNOS DE PREGRADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA.



**RESOL. EXENTA N° 690**

**SANTIAGO, 15 de Abril de 2014**

VISTOS, lo dispuesto en la Resolución N° 1.600 del 2008 de Contraloría General de la República y en uso de las facultades delegadas por D.S. N° 38/2005 Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red, dicto lo siguiente:

**CONSIDERANDO:**

- 1.- La exigencia ministerial de contar con una serie de documentos formales, los cuales son requisitos para lograr el cumplimiento o mantención de la calidad de Autogestionado en Red, la acreditación como Prestador de Salud y la Autorización Sanitaria
- 2.- La necesidad de contar con un sistema actualizado de gestión de documentación exigida en el punto N° 1 de la presente resolución.


**RESUELVO:**

- 1.- Déjese sin efecto Resolución Exenta N° 611 de Fecha 22 de Abril de 2013, que establece "Programa de supervisión de las prácticas clínicas de alumnos de pregrado en el Instituto Nacional de Geriatria" (versión 1.0).
- 2.- **Acéptese y póngase** en uso el siguiente documento "Programa de supervisión de las prácticas clínicas de alumnos de pregrado en el Instituto Nacional de Geriatria" (versión 2.0).

Pauta de alumnos de PreGrado.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.  
  
**DR. CARLOS GALVEZ VALENZUELA**  
 DIRECTOR(S)  
 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA

supervisión de

 <p>DIDE</p>	<b>Instituto Nacional de Geriatria</b>  <b>Servicio de Salud Metropolitano Oriente</b>	DP 4.2 COD. 078
		Versión: N° 2.0 Resolución N° 690
		Fecha Actualización Abril 2014
		Vigencia: Abril 2017
		Página 11 de 12

### PAUTA GENERAL DE SUPERVISION DE PRÁCTICAS CLINICAS INGER.

<b>Carrera</b>	
<b>Institución formadora</b>	
<b>Curso(año) o Internado</b>	
<b>Nombre del Docente a cargo</b>	
<b>Unidad de Supervisión</b>	
<b>Nombre Tutor Clínico</b>	
<b>Vigencia de práctica</b>	
<b>Fecha de aplicación Pauta</b>	

ASPECTOS A EVALUAR	Si	No	Observaciones
1.- Los alumnos son supervisados por su docente académico o tutor clínico de acuerdo a procedimientos y actividades a realizar por los alumnos de pregrado en el Instituto nacional de Geriatria.			
2. Los alumnos ejecutan solo las actividades contempladas en procedimientos y actividades a realizar por los alumnos de pregrado en el Instituto nacional de Geriatria.			
3. El alumno identifica cambios sensoriales en el paciente ( presbicia-presbiacusia) que			



DIDE

**Instituto Nacional de Geriatria**  
**Servicio de Salud Metropolitano Oriente**

DP 4.2  
COD. 078  
Versión: N° 2.0  
Resolución N° 690  
Fecha Actualización  
Abril 2014  
Vigencia:  
Abril 2017  
Página 12 de 12

7. El alumno utiliza un lenguaje claro e inteligible con volumen adecuado para que el paciente logre comprender lo que dice.			
8.El alumno considera el estado de conciencia del paciente antes de realizar algún procedimiento.			
9.El alumno se lava las manos antes y después de atención al paciente y utiliza insumos según normas para prevenir IAAS.			
10.El alumno entrega explicación clara al paciente en caso de que este le pregunte sobre el procedimiento realizado.			
11.El alumno resguarda la confidencialidad de diagnóstico, antecedentes clínicos y tratamiento del paciente.			
12. El alumno, antes de realizar algún procedimiento coteja los datos del brazalete del paciente (Ej: realizar órdenes de exámenes, tomar exámenes, administrar medicamentos, etc.).			
13. El alumno realiza registros en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería identificándose como alumno y con supervisión de Tutor Clínico.			
14. El alumno toma todas las precauciones necesarias para prevenir caídas de los pacientes.			
15. El alumno es capaz de integrarse e interactuar con equipo interdisciplinario.			
16.El alumno se muestra respetuoso y cumple con normativa del establecimiento (INGER).			

Observaciones:.....  
.....  
.....

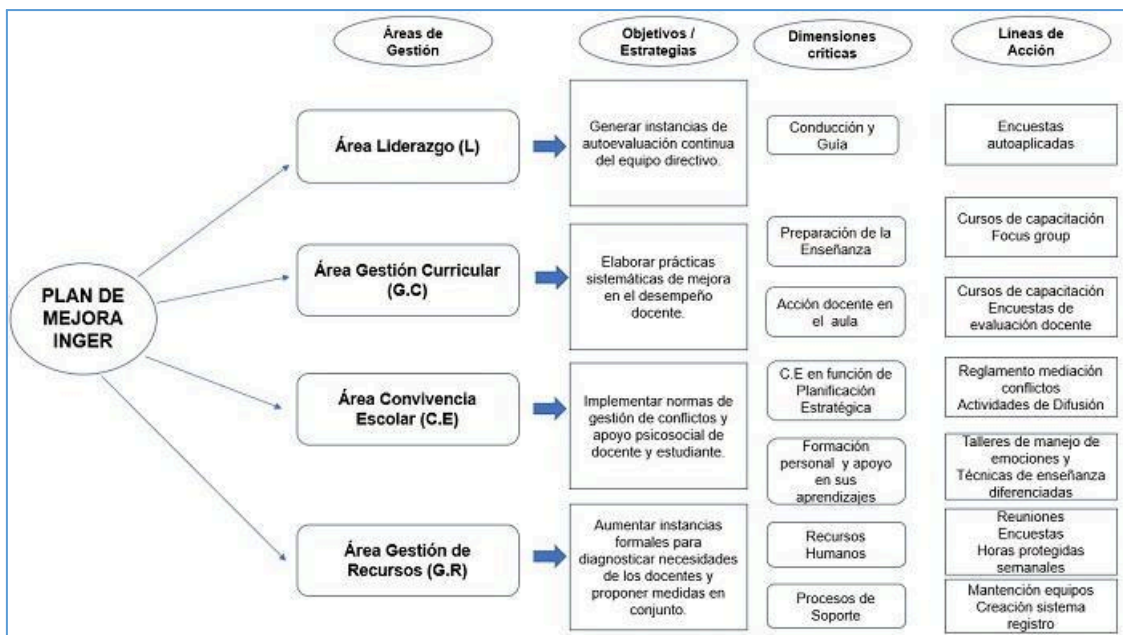
\_\_\_\_\_  
Firma y timbre Tutor Clínico

Todos los documentos anteriormente expuestos, señalan regulación de conducta ética del alumno, principalmente enmarcado en la Prevención de eventos adversos en relación a los procesos de Acreditación en Calidad y Seguridad de la Atención del Instituto, no así centrado en el docente y en el alumno en términos de aprendizaje, satisfacción u otro ámbito.

## 7. Plan de Mejoramiento

Luego del análisis de los resultados y habiendo identificado los puntos críticos de Diagnóstico Institucional INGER en ámbito Educativo se formula un plan de mejoramiento educativo en esa línea de trabajo.

Para iniciar el proceso de elaboración del Plan se confecciona el siguiente Diagrama de flujo:



El plan de mejora será difundido en primera instancia en el Consejo Técnico Ampliado, reunión oficial de carácter mensual en la Institución, donde se convoca a todos los funcionarios del INGER y en esta oportunidad se invitará además a representantes de los Centros Educativos en convenio, tanto encargados como estudiantes de último año. De manera adicional se enviará correo institucional a todos los funcionarios con la información.

El plan de Mejora está pensado en ser desarrollado en el plazo de un año y luego se reevaluarán las condiciones.

A continuación se detalla el plan desarrollado en un formato diseñado a partir de las exigencias del MINEDUC y otras referencias nacionales.

**Plan de Mejoramiento Educativo INGER**

AREA DIAGNOSTICO	DIMENSION	OBJETIVO	ACCION	MEDIOS DE VERIFICACION	RESPONSABLES	PLAZO
Liderazgo	Conducción y Guía	Generar instancias de evaluación continua del equipo directivo.	Pruebas de autoevaluación. Informes de la gestión realizada. Reuniones con docentes del Instituto para retroalimentar la gestión del equipo directivo.	Planilla de registro de autoevaluación realizada de modo trimestral. Documento anual que señale los directivos evaluados y sus propuestas de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Directivo</li> <li>• Unidad de Docencia</li> </ul>	Inicio Junio 2019
Gestión Curricular	Preparación de la Enseñanza	Elaborar prácticas sistemáticas de mejora en el desempeño docente.	Cursos de capacitación Jornadas de reflexión o focus group.	Exigir registro de curso de capacitación en área docente de mínimo 20 hrs en planilla de registro de capacitación del funcionario con labor docente-asistencial. Informe de recopilación de resultados de los focus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Directivo</li> <li>• Unidad de Docencia.</li> </ul>	Inicio Junio de 2019

				group o jornadas realizadas difundidas a los docentes.		
Gestión Curricular	Acción docente en el aula (clínica)	Elaborar prácticas sistemáticas de mejora en el desempeño docente.	Cursos de capacitación  Reuniones docentes institucionales	Registro de cursos de habilidades docentes en el 100% de los tutores INGER.  Acta de reuniones con acuerdos de estandarización de métodos de enseñanza y evaluación.  Encuesta de Satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unidad de Docencia</li> <li>● Jefaturas</li> <li>● Docentes clínicos</li> </ul>	Inicio Junio 219
Convivencia Escolar	Convivencia Escolar en función de la Planificación	Implementar normas de gestión de conflictos y apoyo psicosoci	Reuniones para elaboración de normativa de conflictos docente-estudiante.	Documento Manual de resolución de conflictos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ecuipodirectivo</li> <li>● Unid</li> </ul>	Inicio Septiembre de 2019

	Estratégica.	al de docente y estudiante.			ad de docencia	
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docentes</li> </ul>	
Convivencia Escolar	Formación Personal y Apoyo a los estudiantes en sus aprendizajes.	Implementar normas de gestión de conflictos y apoyo psicosocial de docente y estudiante.	Taller para docentes y estudiantes sobre manejo de conflictos.  Actividades de interacción entre estudiantes de distintas profesiones.	Lista de asistencia  Informe cualitativo de la información recabada.  Encuesta de satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Docencia</li> <li>• Jefaturas</li> <li>• Docentes</li> <li>• Estudiantes</li> </ul>	Inicio Septiembre de 2019
Gestión de Recursos	Recursos Humanos	Aumentar instancias formales para diagnosticar necesidades de	Reuniones transversales ampliadas. Reuniones por profesión. Gestión de horas resguardadas	Lista de asistencia Acta reunión Documentos con acuerdos firmados por los	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo directivo</li> <li>• Unidad de docencia</li> <li>• Jefaturas</li> <li>• SOME</li> <li>• Docentes</li> </ul>	Inicio septiembre de 2019

		los docentes y proponer medidas en conjunto.	as semanales para labores únicamente docentes.	participantes.		
Gestión de Recursos	Procesos de Soporte y Servicios	Generar un sistema de soporte digital para el registro de los estudiantes y docentes.	Reuniones Correos electrónicos institucionales	Actas de reuniones Registro de correos institucionales y solicitudes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo directivo</li> <li>● Unidad de informática</li> <li>● Docentes</li> </ul>	Inicio Noviembre de 2019

Dentro del plan de mejora del Instituto Nacional de Geriátrica hay que considerar que al ser un establecimiento de salud , la labor docente es una de los ámbitos de desarrollo del mismo y por ello resulta muy importante a la vista de los resultados la gestión de recurso humano para poder atender la carga asistencial y docente-investigativa sin descuidar ninguno de los dos ámbitos.

Una de las propuestas que surge con fuerza desde las entrevistas con los docentes es imitar el modelo utilizado por otros Hospitales Docentes en el mundo , que consiste en dejar horas semanales resguardadas para el autoaprendizaje, exposición de temas entre docentes, desde los estudiantes , o para el desarrollo de temas de Investigación sin tener que continuar atendiendo pacientes en ese mismo momento, como sucede en la actualidad. Sin embargo los que trabajan como docentes clínicos entienden que su primera labor es asistencial y la solicitud no es disminuir abruptamente la carga de atención clínica sino iniciar con una marcha blanca de 2 horas semanales de resguardo para labores de docencia e Investigación, considerando además que no todos los profesionales reciben alumnos o están interesados en estas materias.

Otro punto común es la falta de recursos materiales o tecnológicos para la labor docente y de investigación, los cuales son proporcionados en su mayoría por las Universidades en convenio como modo de compensación a los docentes que no pueden recibir dinero como pago a sus servicios por ley. De esta forma se obtienen pequeños equipamientos para la atención de los pacientes de parte de los alumnos y funcionarios como por ejemplo equipo de control de signos vitales, equipos de alivio del dolor portátil, entre otros. También se reciben insumos para el uso de los estudiantes por esta misma vía, como es el caso de guantes de procedimiento , mascarillas, hojas blancas entre otros.

En relación a los soportes tecnológicos se obtienen Notebook para uso de docencia o para los pacientes, hasta el momento 3 unidades en uso. La necesidad acá es mayor en relación a la falta de programas computacionales para registro de los estudiantes, libros digitales, impresoras, computadores , Tablet, pendrives, pasador de diapositivas y software para diseñar planes de entrenamiento para los pacientes entre otros.

Un alcance importante en el plan de mejora para esta Institución es la necesidad de implementar políticas de Convivencia Escolar, en relación a nuevas normas claras y específicas en temas de conflictos, maltrato, acoso sexual u otra temática actual. Es necesario recalcar que actualmente se envía la información directamente a la Universidad de origen y ellos resuelven los conflictos.

Debido a las diferencias generacionales , hace un año aproximadamente han existido mas situaciones de conflicto , respeto, falta de compromiso de parte de los estudiantes y desmotivación de los docentes para continuar con su labor, por ello las Jornadas de reflexión y reuniones de necesidades no deben ser pospuestas por mucho tiempo, ya que esto influye directamente en la calidad de la enseñanza y el clima institucional.

## **8. Bibliografía**

1. Célis, M. (2011) Gestión de Recursos Humanos en la escuela: Un desafío permanente. En Fundación Chile. Recuperado de [www.convivenciaescolar.cl](http://www.convivenciaescolar.cl) 1-21.

2. CEPPE (2009) Centro de Políticas y Prácticas en Educación. Prácticas de liderazgo directivo y resultados de aprendizaje. Hacia conceptos capaces de guiar la investigación empírica Santiago, Chile. REICE: Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.
3. Lifshitz A. (2010) "Identificación de las necesidades educativas en los hospitales". En: Lifshitz A, Zerón L., eds. Los retos de la educación médica en México. México; Editorial Letra Impresa.
4. Millán Núñez-Cortés, Jesús, Civeira-Murillo, Fernando, & Gutiérrez-Fuentes, José A.. (2011). El hospital universitario del siglo XXI. *Educación Médica*, 14(2), 83-89.
5. Millán Núñez-Cortés, (2003) "La gestión de la docencia en los hospitales universitarios" *Educación Médica*. Volumen 6, Número 3.
6. MINEDUC (2013). Orientaciones técnicas para liderar el plan de mejoramiento educativo. Valente Limitada Ed. 1-8. Santiago, Chile.
7. MINEDUC (2008a) Manual para la elaboración del Plan de Mejoramiento Educativo. Santiago, Chile: División General de Educación, Mineduc, Santiago de Chile.
8. MINEDUC (2008b). Las Orientaciones para elaborar un Plan de Mejoramiento. Mineduc, Santiago de Chile.
9. MINEDUC (2012) Guía para el Diagnóstico Institucional, Santiago de Chile
10. Soto fuentes, (2011) "Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y campo clínico" *Ciencia y Enfermería XVII* (3): 51-68, 2011