



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

2026 - 2027





www.hospitalcurico.gob.cl





Índice

<ul style="list-style-type: none"> 1. Introducción 5 <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Objetivo 2. Carta del Director 6 3. Resumen Ejecutivo 8 <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Informe 3.2 Marco Estratégico y Modelo de Atención <ul style="list-style-type: none"> 3.3 Misión y Visión 3.4 Objetivos de la Planificación 3.5 Perfil del Usuario y Contexto Sanitario <ul style="list-style-type: none"> 3.6 Caracterización Demográfica 3.7 Perfil Epidemiológico y Mortalidad 3.8 Infraestructura y Recursos Humanos 3.9 Evolución de la Dotación (2021-2025) 3.10 Gestión de Producción e Indicadores Asistenciales 3.11 Calidad, Seguridad y Salud Mental 4. Antecedentes Red Asistencial 13 <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Modelo de Atención en Salud 4.2 Centro de Atención de Salud Provincia de Curicó 4.3 Lineamientos estratégicos Servicio Salud Maule 2024-2026 5. Perfil del Usuario 15 <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Caracterización Demográfica 5.2 Antecedentes de Salud de la población 6. Presentación Hospital de Curicó 24 <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Reseña de la Organización 6.2 Ubicación y distribución de la planta física <ul style="list-style-type: none"> 6.3 Estructura Organizacional 6.4 Distribución de Estamentos 6.5 Cartera de Servicios 6.6 Indicadores de Producción 7. Metodología de Elaboración 39 	<ul style="list-style-type: none"> 8. Elementos estratégicos Hospital de Curicó 41 <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Políticas Institucionales 8.2 Objetivos generales por Subdirección 9. Análisis Interno y Externo 46 10. Elementos de la Planificación Estratégica 47 <ul style="list-style-type: none"> 10.1 Lineamientos Estratégicos 10.2 Objetivos Estratégicos 10.3 Mapa Estratégico General 10.4 Mapa Estratégico de Indicadores 11. Cuadro de Mando Integral 51 12. Ficha Técnica Indicadores 58 13. Plan Operativo 91
--	--



DIRECTORIO

- 6** Hospitalización
- 5** Hospitalización
- 4** Hospitalización
- 3** Consultas Médicas
- 2** Consultas Médicas
Cirugía Mayor Ambulatoria
Parto Integral
Paciente Crítico:
 - Adulto
 - Neonatología
 - Pediátrico
- 1** Atención Abierta
Cafetería
Farmacia
Hall de acceso
Hospital de Día
Imagenología
Informaciones
Procedimientos
SDME
Toma de Muestras
Urgencias
- 1** Atención deudas
Auditorio
Sala Cuna
- 2** Estacionamientos





1. INTRODUCCIÓN

La Planificación Estratégica es una herramienta de gestión que permite establecer el quehacer y el camino que deben recorrer las instituciones para alcanzar los objetivos definidos, teniendo en cuenta los cambios y demanda que impone el entorno. Esta herramienta es fundamental para apoyar en la toma de decisiones del equipo directivo.

El Hospital de Curicó, único establecimiento de alta complejidad en la provincia, con instalaciones y tecnología de alta gama, pretende formular y establecer sus objetivos estratégicos en base a las necesidades exigidas por los usuarios, acorde a la normativa sanitaria vigente y en base a los lineamientos del Ministerio de Salud, determinando su Misión, y en busca de la Visión institucional.

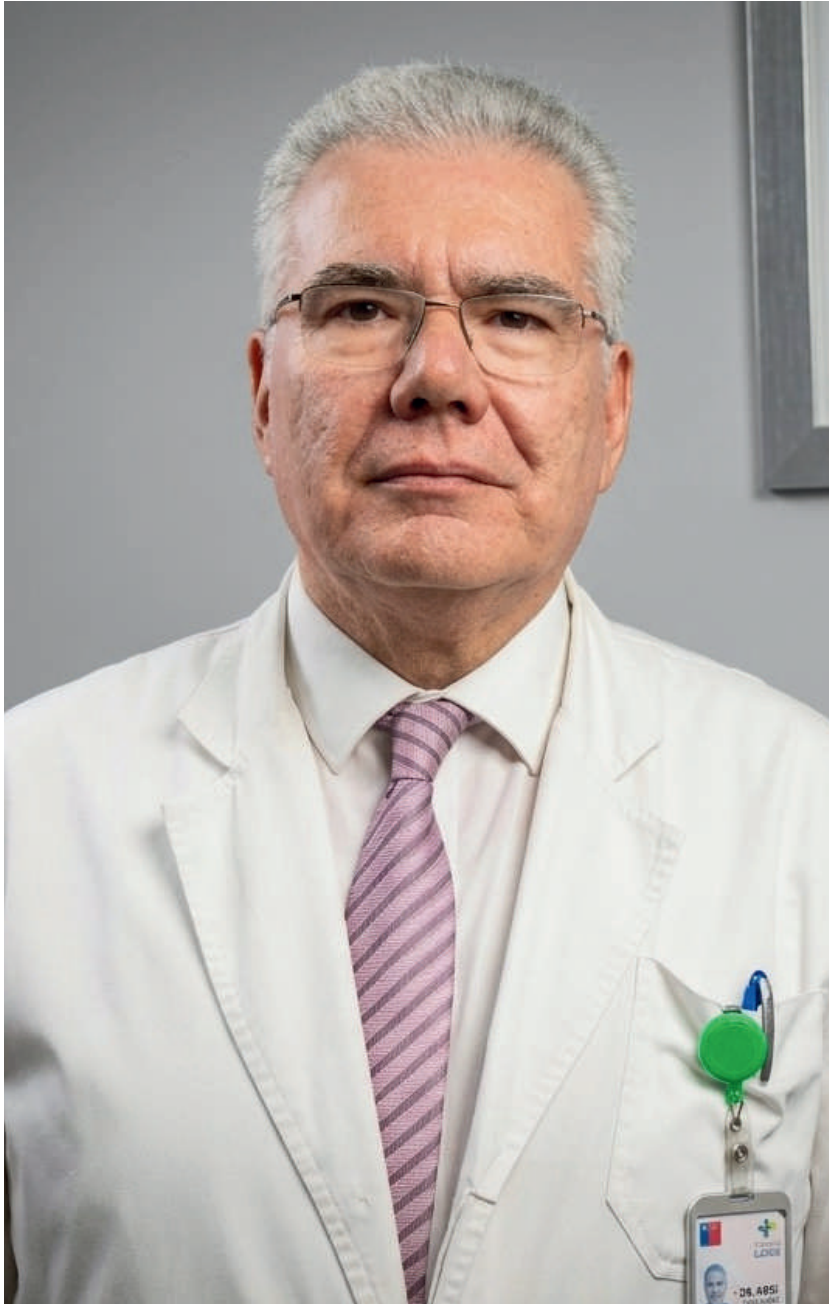
A través de la Planificación Estratégica (PE), carta de navegación, el hospital establece la metodología de gestión con la que espera desarrollar su máxima capacidad resolutive e innovadora, generando polos de desarrollos que en lo concreto favorezcan una mejor calidad de vida de las y los usuarios.



1.1 Objetivo

Actualizar la Planificación Estratégica del Hospital de Curicó para el periodo 2026-2027, basado en la experiencia acumulada, conocimiento generado, evaluación de instrumentos anteriores y participación de agentes claves de la organización.

Además, este trabajo sirva como base para el desarrollo de una nueva planificación que contemple un periodo no menor a 3 años, con amplia participación directiva, funcionaria, gremial, centros formadores, comunitaria y la red asistencial, contando con asesoría de la academia para su implementación, desarrollo y ejecución.



2. CARTA DEL DIRECTOR

Para desplegar nuestras potencialidades y construir la vida que deseamos, es fundamental que mantengamos una salud adecuada. Con este objetivo, se espera que adoptemos hábitos de vida saludables y seamos responsables en la gestión de nuestra propia existencia; un compromiso que incluye, pero no se limita a contar con un sistema de seguridad, que aborde los riesgos sanitarios en las distintas fases del ciclo vital.

En Chile, el principal asegurador es el Estado, quien asume la labor de promoción, prevención, acciones curativas y de rehabilitación, entre muchas otras. El Hospital de Curicó es parte de esa amplia red de prestadores de Salud Pública que deben abordar los desafíos de mantener a nuestra población saludable y, para cuando se enferme, ser capaz de desplegar los recursos necesarios de manera oportuna, segura, confiable, amable y eficiente cada vez que es requerido.

Como centro de salud público de alta complejidad inserto en la red de la Región del Maule, nuestra razón de ser, es mejorar la calidad de vida de las personas a las que nos debemos. Con este fin, aspiramos a consolidar nuestra institución como un referente nacional en excelencia clínica, innovación y gestión eficaz de recursos.

Para abordar este gran desafío, es fundamental profundizar la participación ciudadana con el fin de identificar y priorizar sus necesidades. Esto demanda un equipo de funcionarios comprometidos, empáticos, competentes y solidarios, orientados al trabajo colaborativo. Del mismo modo, una gobernanza estratégica resultará clave para maximizar y gestionar todo el potencial de la institución.



Para cumplir estos propósitos, necesitamos innovar en nuestros procesos y aplicar desarrollos tecnológicos. Si estos no se incorporan de manera oportuna, segura y planificada, podríamos perder competitividad y alejarnos de nuestros objetivos, en desmedro de la salud de nuestra población usuaria.

Asimismo, debemos fomentar y abordar de manera preponderante la investigación biomédica; esta es una vía fundamental para responder metodológicamente a los desafíos sanitarios específicos de nuestros pacientes. A la vez, nos permite potenciar una masa crítica de profesionales de excelencia que no solo aplican su saber técnico y humano, sino que contribuyen a ampliar el conocimiento, haciendo de la institución un lugar atractivo para este perfil de especialistas.

Nada de lo anterior surge de manera espontánea, ni está garantizado por el solo hecho de habitar un nuevo y moderno edificio como es nuestro Hospital de Curicó. Si hemos llegado hasta aquí, es producto del esfuerzo, la planificación y la perseverancia.

Nos corresponde seguir avanzando tras nuestros propósitos. Por ello hoy presentamos nuestra Planificación Estratégica 2026-2027 con 12 grandes Objetivos Estratégicos y 30 Indicadores que deberemos abordar en transcurso de éste y próximo año. En paralelo iniciaremos un trabajo con la metodología antes ya probada de amplia participación de funcionarios y comunidad para trazar los planos y la ruta de nuestros próximos 5 años de labor institucional.

Un cordial saludo,

Dr. JORGE CANTEROS GATICA
Director (s) Hospital de Curicó



3. RESUMEN EJECUTIVO

3.1 Informe

El presente documento sintetiza la Planificación Estratégica (PE) 2026-2027 del Hospital de Curicó, único establecimiento de alta complejidad en la provincia de Curicó. Tras la consolidación en su nueva infraestructura de más de 109,000 m², la institución se posiciona como un referente regional en excelencia clínica, innovación y gestión de recursos.

Puntos clave del periodo:

- **Actualización Estratégica:** El plan busca establecer la "Hoja de Ruta" para maximizar la capacidad resolutoria e innovadora del hospital, fundamentada en 12 objetivos estratégicos y 30 indicadores de gestión.
- **Crecimiento Institucional:** Se registra un incremento del 43,7% en la dotación de recursos humanos en los últimos cinco años y una expansión significativa en equipamiento (de 299 a 400 camas totales).
- **Desempeño Asistencial:** Se observa un quiebre positivo en 2025 con una reducción del 49% en la lista de espera para Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) y una disminución de la mediana de días de espera quirúrgica de 344 a 184 días.
- **Desafío Sanitario:** La población usuaria presenta una alta prevalencia de factores de riesgo (sobrepeso y obesidad) y una transición hacia una estructura etaria predominantemente adulta, con enfermedades circulatorias y tumores como principales causas de muerte.



3.2 Marco Estratégico y Modelo de Atención

El hospital opera bajo el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en la persona, la integralidad y la continuidad del cuidado. Como establecimiento autogestionado, lidera la Red Asistencial de la provincia de Curicó y forma parte de la Macro Red Centro Sur.

3.3 Misión y Visión

- Visión: Ser un centro de salud líder en atención integral, segura y de calidad para todos los usuarios.
- Misión: Somos una red asistencial formada por equipos comprometidos, que trabaja oportunamente para promover la salud, prevenir la enfermedad y resolver las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, con calidad, equidad y pertinencia sociocultural.
- Valores: Compromiso, Empatía, Vocación de Servicio, Respeto.

3.4 Objetivos de la Planificación

El objetivo primordial es generar un instrumento de transición útil para el periodo 2026-2027, basada en la experiencia acumulada, la gestión del cambio, puesta en marcha del nuevo edificio y la participación de agentes claves (directivos, funcionarios, gremios y comunidad), para que sea la base de un nuevo período de gestión considerando los polos de desarrollo y la utilización de la máxima capacidad operativa. Se utiliza la metodología Balanced Scorecard (Cuadro de Mando Integral) para alinear la visión institucional con la ejecución operativa.

3.5 Perfil del Usuario y Contexto Sanitario

La red de influencia abarca las 9 comunas de la Provincia de Curicó, con una población total de 309.339 personas (Censo 2024).

3.6 Caracterización Demográfica

- Distribución: El 51,71% de la población se concentra en la comuna de Curicó.
- Género: Existe una proporción levemente superior de mujeres (51,4%) frente a hombres (48,6%).
- Ciclo Vital: Predomina el rango de 30-39 años. Se observa un envejecimiento poblacional y una baja en la tasa de natalidad (de 13,90 en 2010 a 7,97 en 2024).
- Previsión: El 89,7% de la población es beneficiaria de FONASA, cifra superior al promedio nacional (78,9%), lo que genera una alta presión sobre el sistema público.

3.7 Perfil Epidemiológico y Mortalidad

Indicador	Valor Regional	Valor Nacional
Esperanza de vida (Total)	81,5 años	81,4 años
Tasa Mortalidad General	7,8 (x 1.000 hab)	6,9 (x 1.000 hab)
Prevalencia Sobrepeso	45,60%	40,20%
Riesgo Cardiovascular Alto	25,80%	23,20%

Principales causas de muerte (2022):

- Enfermedades del sistema circulatorio.
- Tumores (neoplasias).
- Enfermedades del sistema respiratorio.



3.8 Infraestructura y Recursos Humanos

Planta Física (Estándar de Vanguardia)

El hospital se trasladó a un edificio de siete pisos y dos subterráneos con diseño antisísmico, quintuplicando la superficie del antiguo recinto.

Comparativa de Equipamiento Clave:

Recurso	Estructura Antigua	Estructura Nueva
Camas Totales	299	400
Camas Críticas	23	67
Pabellones	8	12
Boxes de Urgencia	3	8
Salas de Parto Integral	0	5
Sillones de Diálisis	0	17

3.9 Evolución de la Dotación (2021-2025)

La dotación total pasó de 1.821 funcionarios en el 2021 a 2.617 en el 2025.

- Médicos: Incremento del 30,7%.
- Enfermería: Incremento del 63,5%.
- TENS: Incremento del 30,2%.
- Profesionales no clínicos: Crecimiento del 44,9%.



3.10 Gestión de Producción e Indicadores Asistenciales

El hospital muestra un crecimiento sostenido en su actividad diagnóstica y terapéutica entre 2021 y 2025.

Producción Asistencial

- Intervenciones Quirúrgicas: Aumento del 59,84% (de 13.688 en 2022 a 21.880 en 2025).
- Consultas de Especialidad: Crecimiento del 53,59% en el mismo periodo.
- Cumplimiento GES: Se alcanzó un 99,4% en 2025.
- Complejidad (Peso GRD): La complejidad de los casos atendidos ha aumentado progresivamente, superando el promedio nacional en 2025. (local 1.0805, nacional 1.0687).

Gestión de Listas de Espera

El año 2025 marcó un hito en la resolución de esperas:

- Consultas Nuevas (CNE): Disminución del 49% en el total de personas en espera. La mediana de días bajó de 263 a 162.
- Lista Quirúrgica: Aunque el volumen total de pacientes aumentó un 40% en tres años (debido a la mayor demanda), el número de personas que esperan más de un año disminuyó un 27%.

3.11 Calidad, Seguridad y Salud Mental

Indicadores de Calidad y Seguridad

El hospital mantiene estándares rigurosos en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y de Seguridad:

- Éxitos: Las tasas de neumonía por ventilación mecánica y las infecciones urinarias por catéter están por debajo del estándar nacional.
- Desafío: La tasa de lesiones por presión (2,55) sigue por encima de la meta nacional ($\leq 1,5$).
- Notificación: Los eventos adversos aumentaron a 1.217 en 2025, lo cual se interpreta positivamente como una mejora en la política de transparencia y notificación institucional.

Salud Mental

La cartera de servicios incluye dispositivos especializados como:

- Programa Intensivo de Alcohol y Drogas (PAI).
- Hospital de Día.
- Programa Residencial.

Conclusión del Diagnóstico Estratégico

El Hospital de Curicó ha superado la precariedad post-terremoto y los desafíos de la pandemia de COVID-19, transformándose en una institución de alta tecnología y capacidad humana. La planificación 2026-2027 se enfoca en consolidar esta madurez institucional mediante el fomento de eficiencia financiera, producción asistencial, investigación biomédica, la innovación tecnológica, simulación clínica y una gobernanza que priorice la participación ciudadana para responder a la creciente carga de enfermedades crónicas de su población.



HOSPITAL DE CURICÓ



4. ANTECEDENTES DE LA RED ASISTENCIAL

4.1 Modelo de Atención en Salud

La reforma al sistema de salud chileno del año 2004, entre sus principales indicaciones, además de resaltar la función rectora del Ministerio de Salud, la definición de objetivos sanitarios y la Ley de Autoridad Sanitaria, impulsó la implementación y desarrollo de un modelo de atención integral, con enfoque familiar y comunitario, el cual ha sido definido como *“para un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el inter sector - y la existencia de sistemas de salud indígena”*.

Este modelo de atención se basa en los siguientes principios: centrado en las personas, integralidad, y continuidad de la atención.

En lo que respecta a centrado en las personas, considera sus necesidades y expectativas, busca la relación entre aquellas con el trabajo de los equipos de salud, resalta la corresponsabilidad, además de los deberes y derechos de los usuarios.

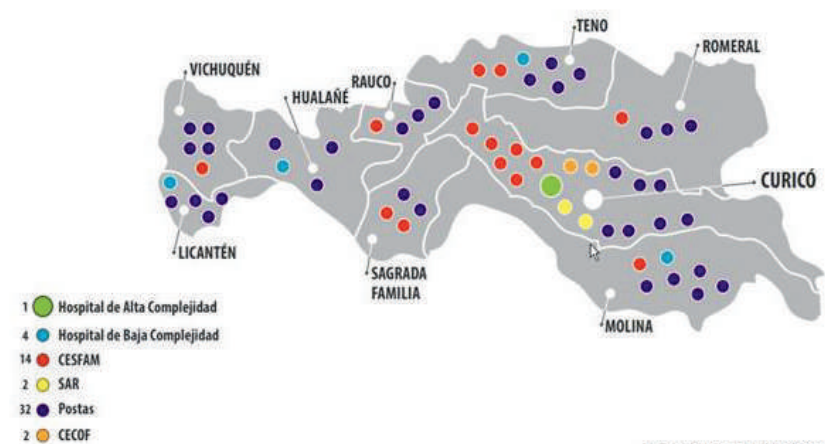
En cuanto al principio de integralidad, involucra la comprensión multidimensional de los problemas de las personas, y resalta como funcionalidad del sistema sanitario desde la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

En lo referido al principio de continuidad de la atención, corresponde a la secuencia de procesos clínicos y asistenciales para brindar cuidado y resguardo de las personas tanto en el ámbito de establecimiento asistencial como en el hogar.

La operatividad de estos principios son el marco para el desarrollo de redes integradas de salud, facilitando que los equipos de salud definan sus interacciones sobre la población, resaltando la Atención Primaria como eje central y articulador del sistema sanitario, usando como elementos prioritarios la Promoción y Prevención en salud.

En lo que respecta al Hospital San Juan de Dios de Curicó, es un establecimiento de atención cerrada de alta complejidad, autogestionado, parte de la red asistencial del Maule, dependiente técnicamente del Servicio de Salud Maule, e integrante de la Macro Red Centro Sur (regiones de O'Higgins y Maule). A su vez, es llamado a liderar las acciones sanitarias en la provincia de Curicó como área de influencia.

4.2 Centro de Atención de Salud Provincia de Curicó



Fuente: Anuario Estadístico SSM



4.3 Lineamientos estratégicos Servicio Salud Maule 2024-2026

El Servicio de Salud Maule cuenta con su instrumento de Planificación Estratégica para el periodo 2024-2026, en el que define sus ejes estratégicos como gestor de la Red Asistencial Maule. A su vez, estos están alineados con las definiciones del Ministerio de Salud.

Visión

“Ser una red de salud resolutiva, integrada, humanizada y valorada por la comunidad maulina”.



Misión

“Somos la red de salud del Maule, que contribuye al bienestar de las personas, familias y comunidades, coordinando y entregando prestaciones oportunas, de calidad, inclusivas, equitativas e innovadoras, con enfoque territorial, de género y derechos humanos”.



Valores

Equidad, Humanidad, Compromiso, Confianza, Calidad e Innovación.





5. PERFIL DEL USUARIO

5.1 Caracterización Demográfica

La Provincia de Curicó está conformada por 9 comunas; Vichuquén, Licantén, Hualañé, Rauco, Sagrada Familia, Molina, Romeral, Teno y Curicó, siendo esta última la capital provincial. Su extensión geográfica es de 7.847 KM2, y cuenta con una población total de 309.339 personas. Su distribución se concentra mayoritariamente en el conglomerado urbano conformado por las comunas de Curico, Molina y Teno.



TERRITORIO	POBLACIÓN CENSO 2024	Representación % vs región y provincia
PAÍS	18.480.432	100
REGIÓN DEL MAULE	1.123.008	6,07
PROVINCIA DE CURICÓ	309.339	27,54
Vichuquén	4.716	1,52
Licantén	6.892	2
Hualañé	10.775	3,48
Rauco	11.266	3,64
Sagrada Familia	19.427	6,28
Molina	48.949	15,82
Romeral	17.233	5,57
Teno	30.113	9,73
Curicó	159.968	51,71

Tabla N° 1: población por comuna, Censo 2024.



Población por sexo en la Región del Maule

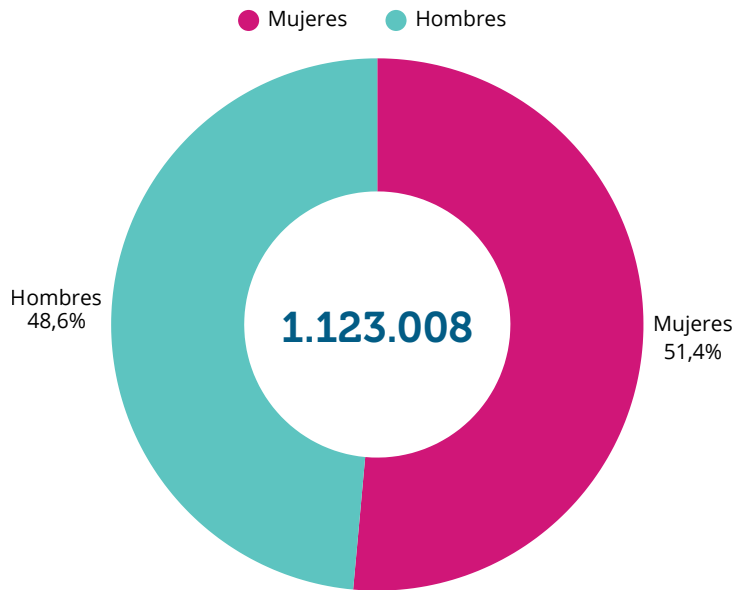


Gráfico N° 1: Población por sexo en la región del Maule, Censo 2024.

En la gráfica de distribución población por sexo, según los datos del Censo 2024, se identifica una proporcionalidad levemente superior de mujeres versus hombres, lo que puede manifestar un equilibrio y es similar a los datos históricos en la materia. Esto da una razón de 95 hombres por cada 100 mujeres.

Lo anterior es relevante para analizar aspectos como participación ciudadana, igualdad de oportunidades y asignación de recursos.

Pirámide Poblacional 2026

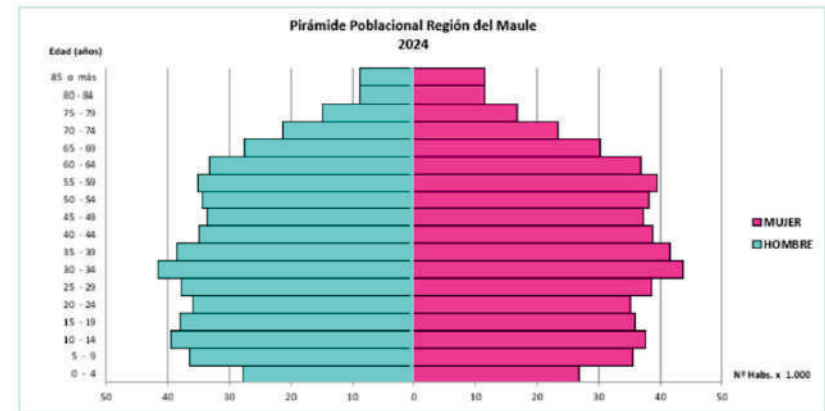


Gráfico N° 2: Pirámide Poblacional Región del Maule 2024, Censo 2024.

Con respecto al gráfico de Pirámide Poblacional, se evidencia la distribución etaria según género en la región para el año 2024. Al respecto, el rango de edades 30-34 años, seguidos por 35-39 años son los grupos que comprenden mayor número de habitantes.

De la distribución total, resalta con mayor proporción el ciclo vital adulto, lo que debe ser observado con relevancia para definir las políticas y estrategias sanitarias en una población activa y con escasa adherencia a los controles de salud.

Así mismo, cobra relevancia, y se presenta como otro desafío en toda planificación para los equipos de salud la población infantil y adolescente, que también comprende un número no menor de distribución poblacional. Estos grupos requieren de un gran énfasis en planes preventivos para evitar el desarrollo de enfermedades, especialmente las crónicas no transmisibles, con el alto impacto multidimensional que esto conlleva en las personas y en el sistema sanitario.



Previsión de salud de la población Región del Maule

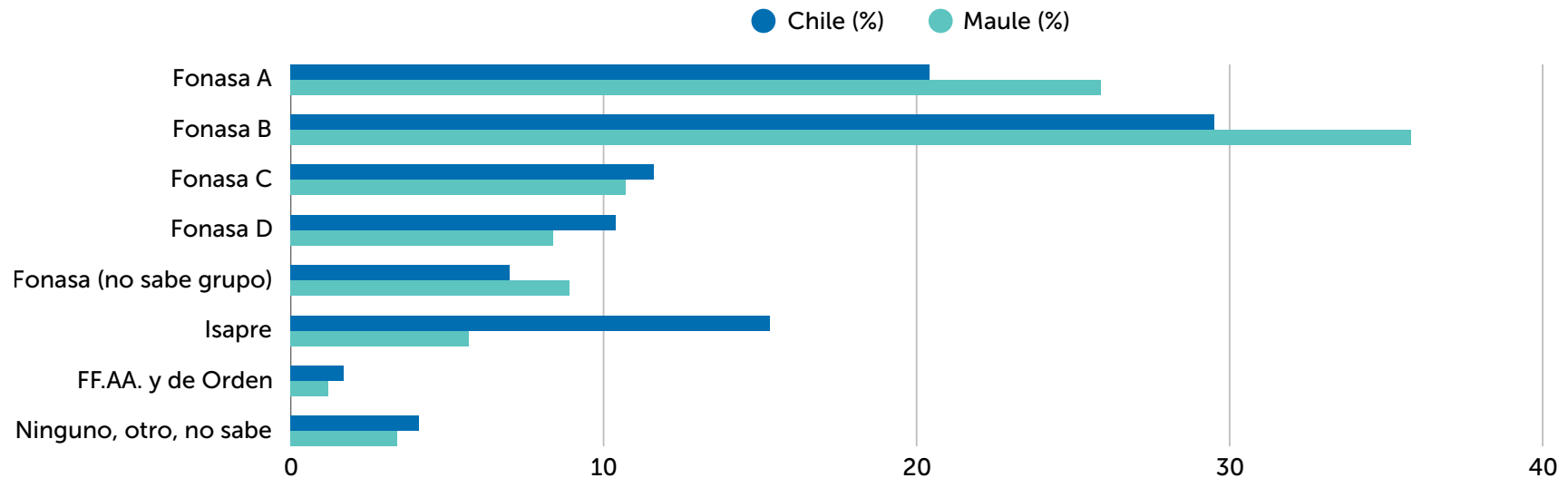


Gráfico N° 3: Previsión de Salud Región del Maule, CASEN 2022.

En relación al gráfico de Previsión de Salud, el documento Diagnósticos Regionales en Salud con Enfoque en Determinantes Sociales año 2024, la información para nuestra región señala que existe un 89.7% de población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), superior al 78.9% que representa la realidad de la población país. La población maulina cuyo sistema de previsión de salud es Isapre representa un 5.7% y otros un 4.6%.

Estos datos inciden directamente en la demanda asistencial para los establecimientos públicos de salud de la región, y en particular de la Provincia de Curicó.



5.2 Antecedentes de Salud de la población

Tasa de Natalidad

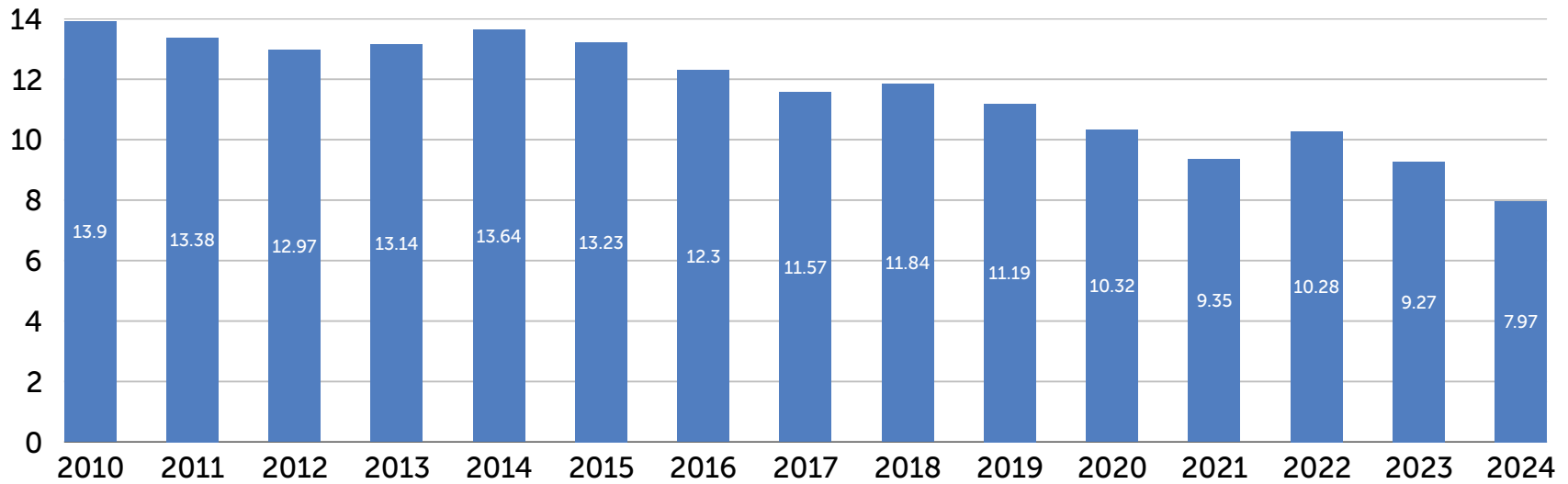
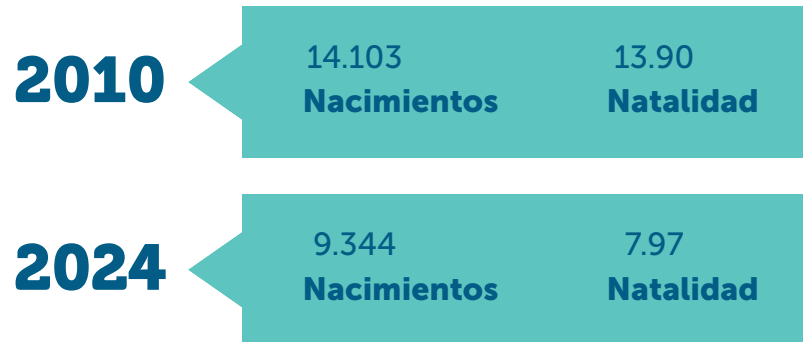


Gráfico N° 4: Tasa Natalidad Región del Maule, Censo 2024.

La Tasa de natalidad de la región para el año 2024 fue de 7,97 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, según el lugar de residencia de la madre. Esta tasa es muy inferior comparativamente en los últimos 10 años.





Esperanza de Vida al nacer

Indicador	Valor regional	Valor nacional	Peor valor regional
EV total	81,5	81,4	79,6
EV hombres	78,9	78,7	77
EV mujeres	83,9	84,1	82,2
Brecha de EV al nacer H - M	5,1	5,4	7,3

Tabla N° 2: Esperanza de vida al nacer, Diagnósticos regionales de Salud 2024, Región del Maule.

La esperanza de vida al nacer en la región es equivalente a la media nacional, tanto en términos globales como diferenciados por hombres y mujeres. Respecto a su evolución temporal, el indicador regional total registró un alza sostenida, elevándose desde los 75,99 años documentados en 2015 hasta alcanzar los 81,5 años en el bienio 2023-2024.





Tasa de Mortalidad general

TERRITORIO / COMUNA	MORTALIDAD GENERAL		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA (x 1.000 hab)	DEFUNCIONES	TASA (x 1.000 hab)	DEFUNCIONES	TASA (x 1.000 hab)
CHILE	136.972	6,9	71.687	7,3	65.278	6,5
REGIÓN DEL MAULE	8.967	7,8	4.908	8,7	4.058	6,9
PROVINCIA DE CURICÓ	2.342	7,3	1.294	8,2	1.047	6,5
Vichuquén	33	7,6	20	9,6	13	6
Licantén	61	8,7	37	10,6	24	6,8
Hualañé	132	12,9	80	15,7	52	10,1
Rauco	75	6,5	48	8,4	27	4,6
Sagrada Familia	144	7,3	89	9,1	55	5,6
Molina	403	7,9	210	8,4	192	7,4
Romeral	104	6,3	58	7,1	46	5,5
Teno	242	7,7	144	9,2	98	6,2
Curicó	1.148	6,8	608	7,7	540	6,3

Tabla N° 3: Tasa Mortalidad Región del Maule, INE 2022.



La tasa de mortalidad general de la región para 2022 fue de 7,8 según el Instituto Nacional de Estadísticas, un valor superior al registrado a nivel nacional. Sin embargo, la provincia reportó un mejor indicador, manteniéndose por debajo de la tasa de la región.

En la comparativa de hombres y mujeres, la tendencia anterior se mantiene similar, obteniendo resultados por debajo de la realidad país, pero mejores a nivel provincial versus la región respectivamente.

La comuna de Hualañé destaca negativamente en su tasa de mortalidad general, muy por sobre el promedio provincial, regional y país. En cuanto a tasas de mortalidad en hombres y mujeres, esta tendencia se mantiene en términos muy por sobre el resto de las comunas y territorios.

Un escenario diferente presentan las comunas de Romeral y Rauco, las cuales exhiben resultados más favorables, tanto en la mortalidad general como en la diferenciada por sexo, al compararse con el resto de la zona.

Tasa de Mortalidad Infantil y AVPP

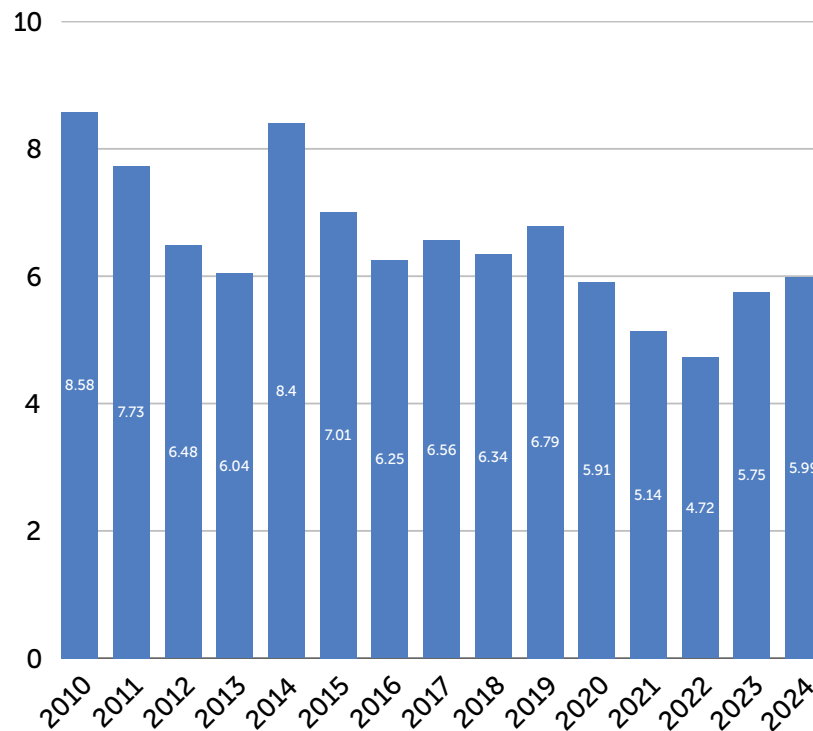


Gráfico N°5: Tasa Mortalidad Infantil y AVPP Región del Maule, Diagnósticos regionales de salud 2024.

2010

8.58
Mortalidad

121
Fallecidos

2024

5.99
Mortalidad

56
Fallecidos



En el trienio 2017-2019, la tasa de mortalidad infantil es de 6,4 por 1.000 nacidos vivos, inferior al resultado país. Para el periodo 2020 la tasa regional logra un mejor resultado comparativo con el dato nacional.

En relación a Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP), el resultado para la región es de 13.811,2 por cada 100.000 habitantes, esto es por sobre el promedio país que alcanza una tasa de 12.999,1.



Mortalidad por grupos de Causas

PRINCIPALES CAUSAS	2022					
	Defunciones Totales	Tasa (x 100.000 hbtes)	Defunciones Hombres	Tasa (x 100.000 hbtes)	Defunciones Mujeres	Tasa (x 100.000 hbtes)
Todas las causas	8.967	777,7	4.908	867,7	4.058	690,8
Enfermedades del sistema circulatorio	2.271	197	1.205	213	1.066	181,5
Tumores (neoplasias)	1.937	168	1.044	184,6	893	152
Enfermedades del sistema respiratorio	905	78,5	466	82,4	439	74,7
Causa externa de mortalidad	659	57,2	512	90,5	147	25
Enfermedades del sistema digestivo	572	49,6	335	59,2	237	40,3

Tabla N° 4: Mortalidad por principales causas, Región del Maule 2022, Deis Minsal.

En relación con la tabla anterior, los datos de la Región del Maule para el periodo 2022 señalan que las enfermedades del sistema circulatorio prevalecen como la primera causa de muerte, seguidas por las neoplasias y las enfermedades del sistema respiratorio. Estas tendencias se mantienen estables al comparar la población masculina con la femenina. Un caso singular lo constituyen las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuya tasa en los hombres cuadruplica a la registrada en las mujeres.

A nivel general, tanto la tasa de mortalidad global como las de las principales causas siguen una tendencia alineada con los resultados del país.



Principales Factores de Riesgo

Indicador	Valor regional	Valor nacional	Peor valor regional
PREVALENCIA EN PERSONAS \geq 15 AÑOS (13)			
Hipertensión arterial	27,30%	27,60%	35,60%
Diabetes mellitus	14,60%	12,40%	18,10%
Sobrepeso	45,60%	40,20%	45,60%
Obesidad	27,30%	31,40%	42,80%
Colesterol elevado	34,60%	31,20%	46,80%
Riesgo cardiovascular muy alto y alto	25,80%	23,20%	32,50%
INCIDENCIA (TASA POR 100.000 HABITANTES)			
Cáncer en hombres (46)	236,9	226,7	266,8
Cáncer en mujeres (46)	190,9	179,3	224
Intoxicaciones agudas por plaguicidas (47)	4,7	2,6	15,7

Tabla N° 5: Indicadores factores de riesgo enfermedades no transmisibles, Diagnósticos regionales de Salud 2024, Región del Maule.

Al comparar el escenario regional con el nacional, se evidencia que la malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso) constituye el factor de riesgo con mayor prevalencia en la población. Esto se correlaciona directamente con una prevalencia de riesgo cardiovascular alto y muy alto que supera el promedio país. Asimismo, la incidencia de cáncer en nuestra región es mayor que en el resto del territorio, afectando tanto a hombres como a mujeres.

Esta realidad epidemiológica, lejos de ser un hecho aislado, representa una situación de alta preocupación y plantea un desafío crítico para el diseño y ejecución de políticas públicas durante el presente decenio y los venideros.



6. PRESENTACIÓN HOSPITAL DE CURICÓ

6.1 Reseña de la Organización

El Hospital de Curicó representa el pilar fundamental de la salud en la provincia, consolidándose como una institución cuya historia es testimonio de resiliencia y compromiso público. Sus inicios se remontan más allá de la mitad del siglo XIX con sus primeras dependencias en la calle O'Higgins con San Martín. Nace allí, una vocación centenaria de servicio, que luego en 1863 se traslada físicamente al edificio definitivo en calle San Martín, la que sería escenario de múltiples interacciones vitales, de servicio y de compañerismo.

Durante décadas, este recinto no solo ha brindado atención clínica, sino que ha forjado una identidad comunitaria profunda, adaptándose constantemente a las necesidades de una población en crecimiento y sentando las bases de lo que hoy es un centro de alta complejidad.

Durante su trayectoria ha debido reconstruirse debido a incendios como ocurre en 1971, y luego enfrentar terremotos, el más dramático el 27 de febrero de 2010, un hito doloroso que marcó un punto de inflexión definitivo. El sismo causó daños estructurales irreparables en el antiguo edificio, obligando a los equipos de salud a demostrar una capacidad de adaptación extraordinaria. A pesar de la pérdida de la infraestructura física, la labor asistencial se mantuvo activa mediante instalaciones de emergencia y soluciones provisionales, evidenciando que el espíritu de la institución residía en sus funcionarios más que en sus muros. Diez años después, mientras la comunidad aguardaba la concreción de un nuevo recinto, el hospital debió enfrentar la crisis sanitaria más exigente de la era moderna: la pandemia del COVID-19. Este periodo puso a prueba la capacidad de gestión y





tanto la resistencia física como emocional del personal, quienes lideraron procesos de reconversión de camas y protocolos de urgencia con una abnegación absoluta. La pandemia no solo fue un desafío clínico, sino que consolidó la madurez institucional necesaria para afrontar grandes transformaciones.

Posteriormente, el proceso de puesta en marcha del nuevo edificio representó un desafío logístico sin precedentes, coordinando de manera excepcional el traslado de servicios críticos, tecnología y pacientes. Este cambio de dependencias no significó simplemente una mudanza a una estructura moderna de más de cien mil metros cuadrados, sino una evolución hacia un modelo de gestión más humano y tecnológicamente avanzado.

La integración de nuevas capacidades diagnósticas y espacios diseñados para la dignidad del paciente permitió dejar atrás la precariedad post-terremoto para dar paso a un estándar de atención de vanguardia.

Actualmente, el Hospital de Curicó se proyecta como un referente regional que equilibra la innovación técnica con la humanización del cuidado. El nuevo edificio simboliza la superación de las tragedias del pasado y el cumplimiento de un anhelo ciudadano largamente esperado. Hoy, la institución continúa fortaleciendo su vínculo con la comunidad, utilizando su renovada infraestructura para garantizar una salud pública cercana, eficiente y centrada en el bienestar de cada usuario de la provincia.

6.2 Ubicación y distribución de la planta física

El Hospital está situado en el sector nororiente de Curicó, con acceso directo de la ruta 5 sur, en las calles Juan Fernández con Río Elqui. Su construcción consta de 109.152 M2 construidos, quintuplicando el antiguo establecimiento de calle Chacabuco 121. Su estructura cuenta con 7 pisos sobre nivel y 2 de subterráneos, con un diseño e ingeniería de alta gama, antisísmico y resistente a terremotos de gran magnitud.



Figura 1: Mapa general ubicación recinto nuevo Hospital Curicó.



Esta moderna infraestructura pública, además de aumentar la plusvalía local y dar realce a una de las más grandes instituciones (empresas) de la región, cuenta con 404 camas de hospitalización, 67 de ellas para pacientes en estado crítico.

Además, cuenta con 79 boxes de consultas y procedimientos médicos, 8 boxes de urgencia, 12 pabellones quirúrgicos, 13 sillones dentales, 17 sillones para atención de diálisis y 5 salas parto integral. Posee un estacionamiento con 800 cupos y un helipuerto para realizar traslados de alta complejidad dentro de la red de salud.

Equipamiento	Estructura Antigua	Estructura Nueva
Camas Totales	299	400
Camas Básicas y Medias	243	346
Camas Críticas	23	54
Pabellones	8	12
Boxes Ambulatorios	66	79
Boxes Urgencia	3	8
Sillones Diálisis	-	17
Salas de Parto Integral	-	5
Sillones Dentales	8	13

Tabla N° 6: Número de equipamientos.

El entorno se presenta de forma respetuosa con el paisaje, integrando el edificio en la comunidad. Actualmente existen gestiones del Inter sector para armonizar la accesibilidad peatonal y vehicular, a fin de asegurar a los usuarios un fácil acceso a las dependencias. Cuenta con un alto grado de autonomía energética y líneas vitales para asegurar su operatividad en condiciones normales y en estado de emergencia.





6.3 Estructura Organizacional

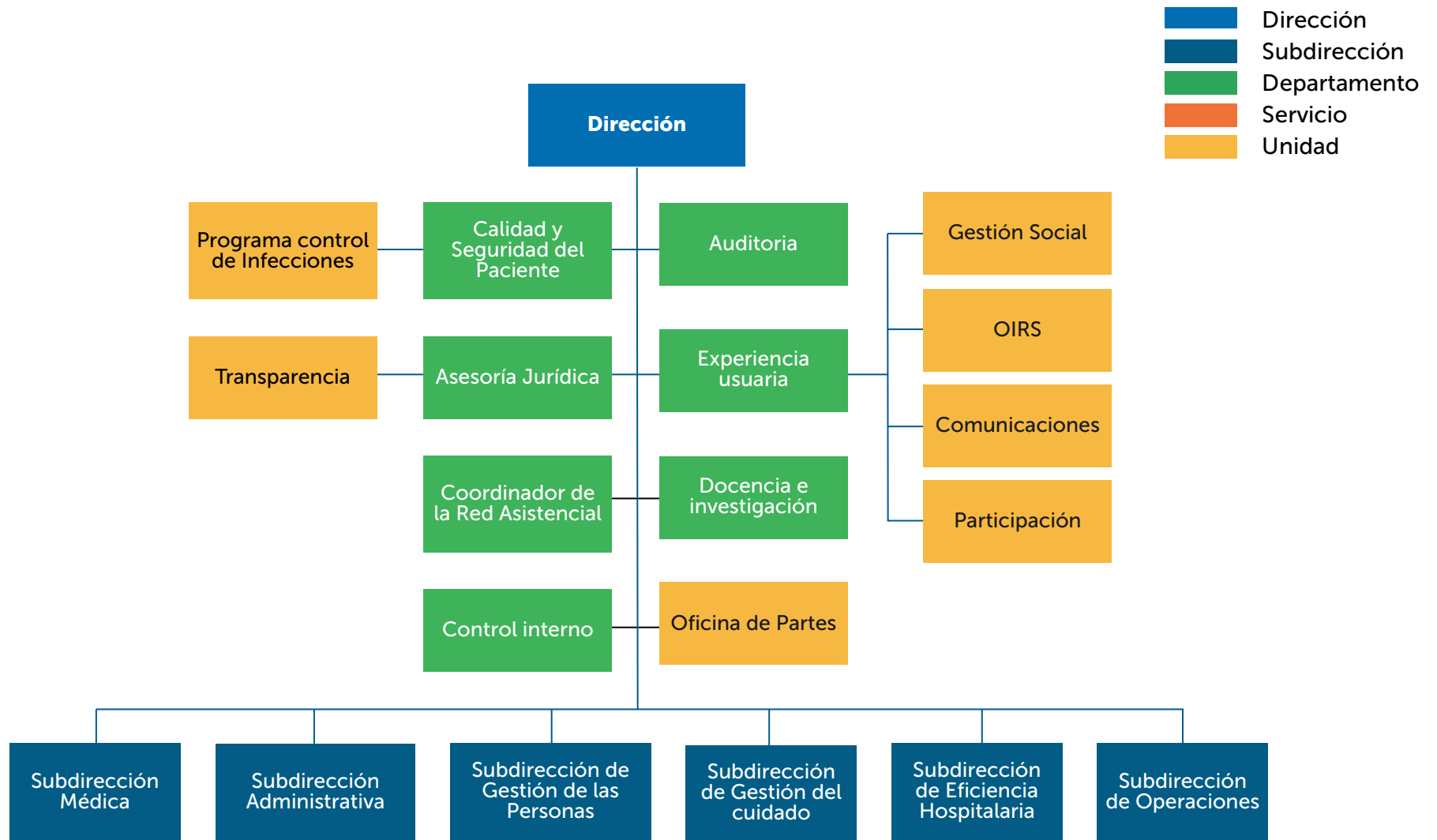


Figura N° 2: Organigrama Hospital de Curicó 2026, Resolución Exenta N° 2262.2026.



6.4 Distribución de Estamentos

ESTAMENTO	2021	2022	2023	2024	2025
MÉDICOS	257	270	269	301	336
QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	8	11	13	13	14
ODONTÓLOGOS	17	18	21	22	26
ENFERMERA	228	267	300	325	373
KINESIÓLOGO	52	61	58	62	70
TECNÓLOGO MÉDICO	41	53	67	76	72
MATRONA	52	54	67	73	76
OTROS PROFESIONALES CLÍNICOS	86	84	106	105	107
OTROS PROFESIONALES NO CLÍNICOS	109	117	142	151	158
TÉCNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA	619	679	741	771	806
OTROS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y AUXILIARES	352	344	486	585	579
TOTAL DOTACIÓN	1.821	1.958	2.270	2.484	2.617

Tabla N° 7: Progresión Disponibilidad RRHH 2020-2025, SIRH.

Es importante destacar la progresión en la disponibilidad del recurso humano, cuya dotación se incrementó en más de un 43,7% durante los últimos cinco años. Este crecimiento responde, principalmente, a los cargos de expansión asociados al proyecto de normalización del hospital y a la implementación de nuevas prestaciones.

Al evaluar la evolución por estamentos entre los años 2020 y 2025, el cuerpo médico registró un aumento del 30,7%. En el ámbito de la gestión del cuidado, resalta el incremento del 63,5% en el estamento de enfermería, seguido por un 30,2% en el caso de los técnicos de nivel superior (TENS). Asimismo, se observan alzas significativas en otras áreas: el grupo de otros profesionales clínicos creció un 24,4%, mientras que el de profesionales no clínicos lo hizo en un 44,9%.



6.5 Cartera de Servicios

El conjunto de prestaciones asistenciales, técnicas y de apoyo diagnóstico que desarrolla el hospital para responder a la demanda de la comunidad se explicita en su cartera de servicios. A través de ella se organiza la actividad institucional, generando las distintas prestaciones y producciones asociadas.

Esta cartera de servicios cuenta con la aprobación tanto del gestor de red como del nivel local mediante los correspondientes actos administrativos, y es actualizada de manera periódica.

A continuación, se presenta un resumen de dicha cartera:



SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Atención de urgencia	Consulta médica de: <ul style="list-style-type: none"> - Adulto - Infantil - Quirúrgica - Gineco – obstétrica - Traumatología - Neurocirugía - Dental - Obstetricia y Ginecología - Otorrinolaringología - Urología
	Interconsultores de llamado: <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía infantil - Neurocirugía - Vascular periférico - Oftalmología - Maxilofacial - Psiquiatría - Endoscopías - Imagenología - Cardiología infantil
	Procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Médicos - Enfermería - Tecnología médica - Matronería - Cardiología infantil



SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Atenciones Ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta Médica - Intervenciones Quirúrgicas - Consulta y Procedimientos Odontológicos - Manejo del dolor - Nutrición clínica - Medicina física y rehabilitación - Farmacia
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiología - Neumología - Neurología - Gastroenterología - Oftalmología - Otorrinolaringología - Urología - Gineco- obstetricia - Medicina Física y Rehabilitación - Neurocirugía - Dermatología - Diálisis - Pediatría y subespecialidades - Traumatología y Ortopedia - Oncología - Manejo del dolor
Intervenciones Quirúrgicas Cirugía Especialidades	<ul style="list-style-type: none"> - Neurocirugía - Oftalmología - Otorrinolaringología - Urología y Suprarrenal - Máxilo - Facial - Gineco – obstetricia - Cardiología

Intervenciones Quirúrgicas Cirugía Adulto	<ul style="list-style-type: none"> - Cabeza y Cuello - Columna - Dermatología y Tegumentos - Vascular Periférico - Tórax - Abdominal - Proctología - Bariátrica - De La Mama - Plástica y Reparadora
Intervenciones Quirúrgicas Cirugía Infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Cabeza y Cuello - Dermatología y Tegumentos - Tórax - Abdominal - Proctología - Urología
Traumatología	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos - Cirugía TMT Cerrada y Ambulatoria - Procedimientos Ortopédicos
Hospitalización Domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> - Visita Domiciliaria - Procedimientos Domiciliarios - Actividad Biopsicosocial
Imagenología	<ul style="list-style-type: none"> - Examen Rx Simples - Examen Rx Complejas - Ecotomografías - Procedimientos Intervencionistas - Tomografía Axial Computarizada - Mamografías - Densitometría - Colangiografía - Resonancia Magnética - Cintigrafía - Spect - Pet CT



SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Laboratorio Producción Propia	Exámenes de: <ul style="list-style-type: none"> - Hematología - Bioquímica - Hormonas - Inmunología - Microbiología, Parasitología y Virología - Biología Molecular - Genética y Citogenética - Endocrinología y Marcadores tumorales - Ex. Depositiones, exudados, secreciones y otros líquidos - Uroanálisis
Medicina Física y Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Kinesiterapia - Fonoaudiología - Terapia Ocupacional - Fisiatría
Anatomía Patológica	- Anatomía Patológica
Medicina Transfusional	- Medicina Transfusional
Dispositivos salud mental y psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Intensivo Alcohol y Drogas (PAI) - Hospital de Día - Programa Residencial - UHCIP





6.6 Indicadores de Producción

TIPO DE ATENCIONES	2021	2022	2023	2024	2025
Atención de Urgencia	59.464	75.611	70.516	78.326	84.966
Consultas Ambulatorias de Especialidad	105.170	126.959	141.999	155.292	195.007
Intervenciones Quirúrgicas	9.922	13.688	15.013	17.524	21.880
Egresos Hospitalarios	10.578	11.373	12.479	15.721	17.002
Partos	1.814	2.037	1.895	1.954	2.054
Exámenes de Apoyo Diagnóstico	2.416.318	2.759.492	2.981.559	3.269.893	3.678.903
GES	93,00%	98,40%	98,10%	98,50%	99,42%

Tabla N° 8: Indicadores de Producción Hospital de Curicó, REM.

En relación con los datos expuestos en la tabla de Indicadores de Producción para los años 2021 al 2025, se debe tener en consideración que la estadística de 2021 responde a un contexto sanitario excepcional. A nivel mundial, nacional y local, la gestión hospitalaria continuaba volcada a enfrentar la compleja pandemia de SARS-CoV-2, lo que obligó a modificar objetivos y programaciones para dar respuesta a la altísima demanda asistencial de ese periodo, especialmente en el área de atención cerrada.



No obstante, se evidencia un incremento sostenido de todos los tipos de atenciones, tales como Consultas Ambulatorias de Especialidad con un crecimiento del 53,59% en los últimos 4 años analizados. En el caso de Intervenciones Quirúrgicas, este indicador tuvo un aumento del 59,84% en sus resoluciones para el mismo periodo. Los Egresos Hospitalarios aumentaron un 49,49% desde el 2022 al 2025, y los Exámenes de Apoyo Diagnóstico tuvieron una mayor demanda del orden del 32,95% en mismo periodo evaluado. Todos estos incrementos tienen directa relación con mayor dotación médica y de otros profesionales, lo que ha permitido una mejor oferta de servicios a la comunidad.

Los partos muestran un comportamiento estable en el último periodo, promediando 1.985 nacimientos al año en los últimos cuatro años.

Una realidad distinta presentan las atenciones de urgencia, cuya demanda de consultas aumentó un 9,81% entre 2022 y 2025. Lejos de ser un resultado favorable, este aumento refleja una sobrecarga en un servicio de urgencia de alta complejidad. Este fenómeno interpela directamente a la red de prestadores de la provincia (como la atención médica rural, los SAPU y los SAR), cuyo rol fundamental debe ser la resolución y contención periférica de la demanda de salud.

Para el caso de las Garantías Explícitas en Salud (GES), este indicador ha desarrollado un cumplimiento incremental de un punto porcentual entre el año 2022 y 2025, lo que sumado al número de consultas se evalúa como un mejor cumplimiento de garantías definidas por ley.





Evolución Anual del total de Pacientes en Lista de Consulta de Especialidad

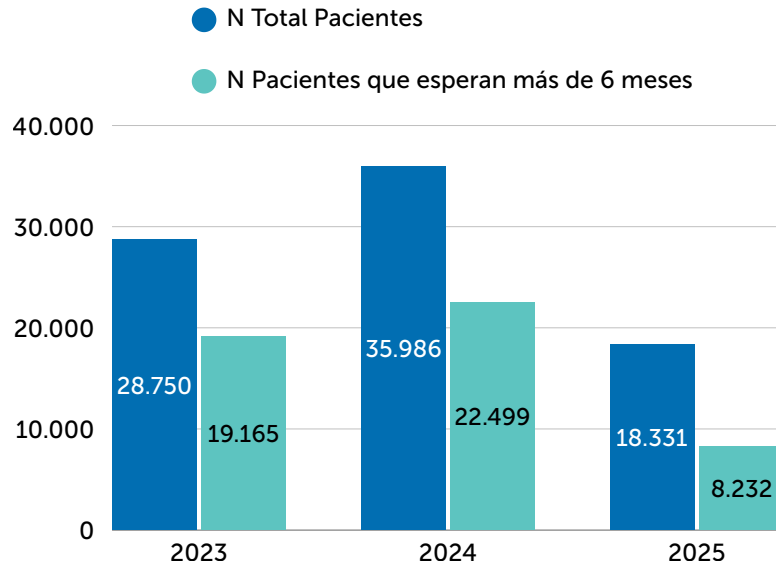


Gráfico N° 6: Comparativo 2023 a 2025 LE CNE, Tablero de Control interno.

En relación con la resolución de las listas de espera para Consultas Nuevas de Especialidad (CNE), los datos de los últimos tres años muestran un comportamiento inverso al de la espera quirúrgica. El año 2025 representó un punto de quiebre, con una disminución del 49% en el total de personas en espera, cifra que descendió de 35.986 a 18.331 usuarios.

Asimismo, al analizar la variable de personas con tiempos de espera superiores a los seis meses para acceder a una consulta, se evidencia una reducción del 63% entre 2023 y 2025.

Estos resultados, que marcan una mejora global sustancial en el último periodo, deben ser integrados estratégicamente en la planificación y programación de la red asistencial. Esto se debe a que, a pesar del avance en la resolución, los datos siguen dando señales de una alta y constante demanda asistencial, vinculada a una mayor carga de enfermedad en la población.

Evolución Anual del total de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica

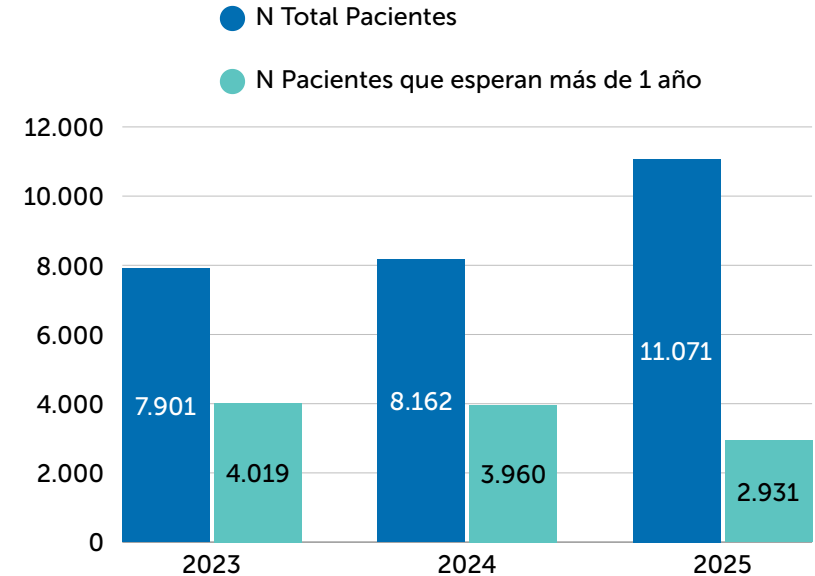


Gráfico N° 7: Comparativo 2023 a 2025 LE quirúrgica, Tablero de Control interno.

De acuerdo con los datos expuestos en el gráfico de Evolución anual del total de pacientes en lista de espera quirúrgica, se observa un incremento del 40% en el volumen total de usuarios durante los últimos tres años, pasando de 7.901 a 11.071 personas.

En contraposición, al analizar el grupo de personas que deben esperar más de un año para su resolución, se evidencia una disminución del 27%. Este importante avance responde directamente al aumento en la producción asociada a pabellón, logrando mitigar los tiempos de espera prolongados a pesar del alza en la demanda global.



Evolución Anual del total de Pacientes en Lista de Consulta de Especialidad Odontológico (sin Ortodoncia)

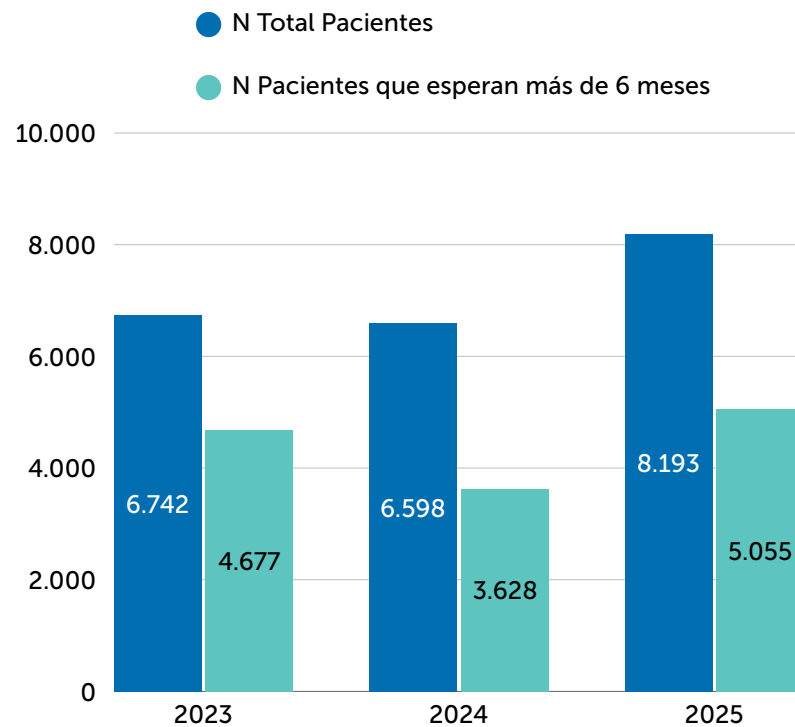


Gráfico N° 8: Comparativo 2023 a 2025, LE CNE Odontológico, Tablero Control Interno.

Este gráfico evidencia un aumento de 24% en la cantidad total de personas en espera de una consulta odontológica de especialidad sin considerar Ortodoncia. De la misma forma, son 1.427 pacientes más que el año 2024, con un tiempo de espera mayor a los 6 meses.

Evolución Anual Medianas Días de Espera LE Quirúrgica y LE de Consulta Especialidad

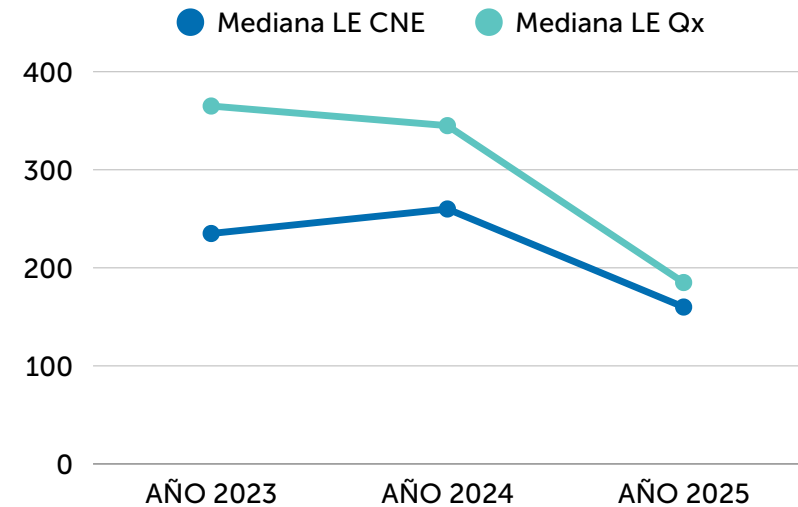


Gráfico N° 9: Comparativo 2024-2025 Medianas LE Qx y CNE, Tablero de Control interno.

En esta gráfica se expresa la evolución de la mediana de días de espera para consulta de especialidad o para intervención quirúrgica en el periodo 2024 a 2025. Se debe entender la mediana como al número de días que espera el 50% de los pacientes tratados.

Al respecto se evidencia una marcada tendencia de disminución para ambas variables identificadas. Para el caso de lista de espera quirúrgica, su mediana se redujo de 344 a 184 días. Para el caso de lista espera consulta de especialidad, su mediana se redujo de 263 a 162 días.



Indicadores de Actividad Hospitalaria

INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA				
INDICADORES	2022	2023	2024	2025
Promedio días de estada (N° días)	7,8	7,8	7,1	7,4
Índice Ocupacional (porcentaje)	88,32%	90,13%	83,81%	87,40%
Rotación de Camas (Paciente x Cama / Mes)	3,33	4,11	3,28	3,54
Intervalo de Sustitución (N° días)	0,86	0,71	1,09	0,84
Mortalidad (porcentaje)	4,44%	2,96%	2,91%	3,09%

Tabla N° 9: Indicadores Actividad Hospitalaria 2022 al 2025, Rem.

A partir de los datos analizados en la tabla de Indicadores de Actividad Hospitalaria para el periodo 2022-2025, se evidencia una optimización en el promedio de días de estada, el cual descendió a 7,4 días. Por su parte, el índice ocupacional muestra un equilibrio estadístico notable, lo que resulta altamente significativo si se considera el considerable aumento en la dotación de camas de la institución. En tanto, la rotación de camas y el intervalo de sustitución mantienen un comportamiento estable, mientras que el porcentaje de mortalidad institucional registra una disminución del 1,35%.



Indicadores de Calidad y Seguridad

INDICADORES	2022	2023	2024	2025	Estándar Nacional
Tasa Lesiones por presión	4,9	3,4	3,3	2,55	≤ 1,5
Tasa de Caídas	1,8	1,5	1,1	0,92	≤ 1,0
Infección tracto urinario secundario a catéter urinario permanente (Medicina)	2	1,1	0,4	0,3	≤ 1,9
Infección tracto urinario secundario a catéter urinario permanente (Cirugía)	4,8	4,8	2,9	2,4	≤ 3,6
Neumonía Asociada a ventilación mecánica (UPC Adulto)	6,7	3,6	3,7	2,7	≤ 6,6
Síndrome diarreico agudo por clostridium difficile (Médico Quirúrgico Adulto)	0,6	0,7	0,4	0,1	≤ 0,4
Síndrome diarreico agudo por clostridium difficile (UPC Adulto)	0,8	1,3	0,9	0,3	≤ 1,3
Brotos	21	9	3	1	NA

Tabla N° 10: Indicadores IAAS 2022 al 2025 versus estándar nacional, Tablero Control Interno.



Complejidad de Pacientes del Hospital de Curicó según Peso GRD

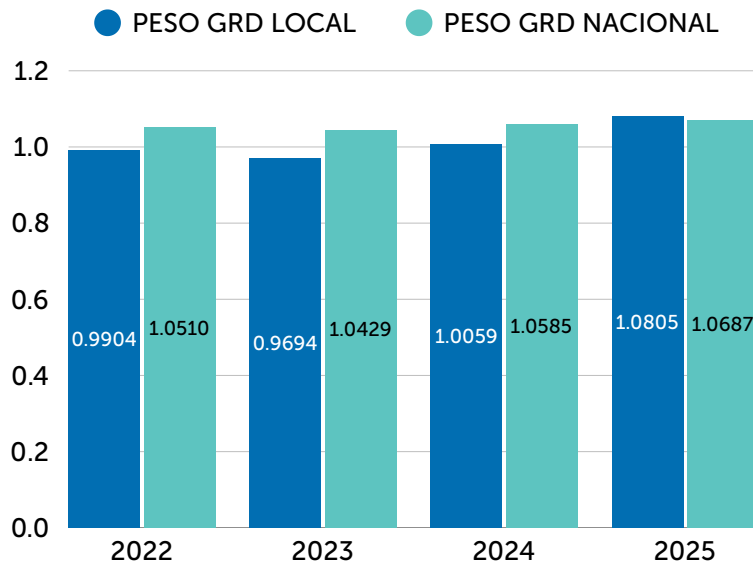


Gráfico N° 10: Comparativo Peso GRD 2022 al 2025, Tablero Control Interno.

El Peso Medio de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) evidencia la complejidad de las prestaciones clínico-asistenciales realizadas en el establecimiento. En el gráfico correspondiente, se compara el periodo 2022-2025 entre el rendimiento local y el de otras instituciones de atención cerrada de alta complejidad, utilizando como fuente primaria los registros de la ficha clínica electrónica.

Al respecto, se observa que el Peso GRD del Hospital de Curicó experimentó un incremento progresivo durante los últimos cuatro años, lo que consolida la tendencia hacia una mayor complejidad diagnóstica y terapéutica en su producción anual.





7. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

EL Departamento de Planificación y Control de Gestión, considerando la ejecución de los instrumentos periodo 2018-2022 aprobado por Resolución Exenta N° 901 de fecha 30 enero 2018, y periodo 2023 a 2025 aprobado por Resolución Exenta N° 12.977 de fecha 13 diciembre 2023, presentó propuesta de un nuevo Plan de Desarrollo Estratégico al equipo directivo, y posteriormente a Consejo Técnico de la institución. En esta propuesta validada se definió lineamientos macros que respondan a los desafíos sanitarios actuales, considerando las orientaciones ministeriales, objetivos sanitarios para la década, y el trabajo integrado en red.

Para su desarrollo se resolvió mantener el uso del Balanced Scorecard como herramienta de gestión (de los autores Robert Kaplan y David Norton), la cual permite plasmar la visión institucional en estrategias concretas para alcanzar un desempeño eficiente. Esta metodología se estructura en cuatro perspectivas fundamentales: Financiera, Aprendizaje y Desarrollo, Procesos Internos, y Satisfacción Usuaria.

El presente instrumento tiene una vigencia de un año, constituyendo el 2026 como un periodo base, vinculante y de transición desde los planes anteriores hacia un nuevo ciclo estratégico que abarque un rango de tres a cinco años.

Durante el proceso, se llevaron a cabo reuniones técnicas con departamentos, servicios y centros de responsabilidad, además de consultorías para el seguimiento y análisis de indicadores generales. Finalmente, en su presentación ante el Consejo Técnico, se dio cuenta de la amplia difusión y participación de actores relevantes de la institución, incluyendo al nivel de jefaturas y a los dirigentes de las distintas organizaciones gremiales.

Finalmente, a partir del análisis interno y externo del último periodo, junto con la información técnica levantada en las etapas de consulta, se consolidó el nuevo mapa estratégico de la institución. Este proceso se tradujo en una ampliación de los objetivos estratégicos, la actualización e incorporación de nuevos indicadores con sus respectivas fichas técnicas, y la definición de las actividades necesarias para asegurar su cumplimiento.

Todo lo anterior nos permite presentar el documento de Planificación Estratégica 2026 como un insumo clave para la gobernanza y la toma de decisiones de nuestra institución.





HOSPITAL DE CURICÓ



8. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS HOSPITAL DE CURICÓ

Visión

“Ser un centro de salud líder en atención integral, segura y de calidad para todos los usuarios”.



Misión

“Somos una red asistencial formada por equipos comprometidos, que trabaja oportunamente para promover la salud, prevenir la enfermedad y resolver las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, con calidad, equidad y pertinencia sociocultural”.



Valores

Compromiso, Empatía, Vocación de Servicio y Respeto



Valores



Compromiso

Trabajamos con vocación y esmero por alcanzar la calidad y seguridad en cada una de nuestras acciones, asumiendo una actitud de permanente entrega y solidaridad.



Empatía

Nuestro trabajo reconocerá a las personas como ser único e importante, con énfasis en el buen trato, haciendo nuestras las necesidades de salud de los usuarios.



Vocación de Servicio

Trabajamos día a día por hacer las cosas bien y con transparencia, asumiendo la importancia de nuestra labor y los beneficios que genera a las personas.



Respeto

Fomentamos la tolerancia entre funcionarios/as y hacia nuestros usuarios, entregándoles acogida y acompañamiento.



8.1 Políticas Institucionales

Las Políticas Institucionales surgen desde los lineamientos del Ministerio de Salud y las orientaciones del Gestor de Red a través del Servicio de Salud Maule, representando el marco normativo en el cual el Hospital guiará su desarrollo por al menos los próximos 5 años.

A. Política de Redes integradas de Servicios de Salud

El Hospital de Curicó se posiciona como el principal centro asistencial y el único establecimiento de alta complejidad de la provincia. Inserto en la Macro Red de Salud Centro-Sur (que articula a los Servicios de Salud de Maule y O'Higgins), tiene el imperativo estratégico de integrarse y coordinarse activamente con los demás actores del territorio para asegurar la continuidad del cuidado.

B. Política de Calidad

El Hospital de Curicó se compromete a brindar una atención de salud integral basada en rigurosos estándares de acceso, oportunidad, calidad y seguridad. Nuestra gestión se fundamenta en el cumplimiento de las directrices ministeriales y en la mejora continua de los procesos clínicos y administrativos, con el fin de garantizar una respuesta efectiva a las necesidades de nuestros usuarios y sus familias.

Como institución acreditada, promovemos y aseguramos la adherencia transversal de los funcionarios a los protocolos de seguridad del paciente. El cumplimiento de este lineamiento se operativiza a través de un 'Programa de Calidad' anual, el cual define los objetivos y metas específicas para cada periodo, integrando las normativas vigentes orientadas a la mitigación de riesgos sanitarios.

C. Política de Gestión de las Personas

El establecimiento ha definido una política de administración, gestión y desarrollo de las personas, promoviendo una cultura organizacional que interiorice la visión, misión y nuestros valores de Compromiso, Empatía, Vocación de Servicio y Respeto, generando una mejora continua de competencias, calidad de vida laboral, clima organizacional y estrategias de reconocimiento al desempeño funcionario.





D. Políticas de Satisfacción Usuaría

El Hospital de Curicó declara que su objetivo principal es la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios con oportunidad y altos estándares de calidad, pues ello contribuye a mejorar la condición de salud, y con ello, la calidad de vida de las personas. En este sentido las otras políticas indicadas en este instrumento deben alinearse para lograr este objetivo.

E. Políticas de Comunicaciones

El Hospital de Curicó trabajará manteniendo una política de puertas abiertas a la comunidad, fomentando un diálogo permanente y de colaboración con las otras estructuras del Estado, organizaciones civiles y comunitarias. Lo anterior, mediante la ejecución de un Plan de Comunicaciones con acciones continuas sectoriales e intersectoriales.

F. Política de Gestión de la Ejecución Presupuestaria y Financiera

El Hospital de Curicó ha definido como rol prioritario satisfacer las necesidades de sus usuarios, gestionando responsablemente los recursos económicos para alcanzar este fin, dentro del marco jurídico y normativo, con énfasis en la transparencia y probidad de los actos administrativos. Por ello, se velará por un control adecuado y eficiente del uso de los recursos financieros, presupuestario y de la estructura de costos del proceso productivo.

G. Política de Desarrollo de Infraestructura

En el ámbito de los Recursos Físicos e Inversiones, la Institución incorporará la gestión de activos como el proceso estratégico de apoyo que permite la reposición, mantención y adquisición de equipos, tecnología, infraestructura y seguridad industrial. Esta gestión tendrá como foco prioritario la conservación del edificio a largo plazo, implementando niveles de cuidado y

regímenes de mantenimiento preventivo que no solo aseguren la continuidad operativa, sino que permitan incrementar progresivamente los estándares de calidad actuales. Todo lo anterior se ejecutará mediante planes y programas diseñados para garantizar la integridad de la planta física, respondiendo a la demanda institucional, las normativas vigentes y el presupuesto establecido.

H. Política de Docencia e Investigación

En su condición de Hospital Asistencial Docente, el establecimiento define los lineamientos estratégicos que regulan el desarrollo de las actividades de pregrado, postgrado e investigación clínica.

Esta política tiene como propósito promover la generación de conocimiento científico, la formación continua de los equipos de salud y el fortalecimiento de la calidad asistencial, asegurando una estricta coherencia con los principios éticos, los marcos normativos vigentes y los objetivos estratégicos institucionales.

I. Política de Auditoría Interna

El Hospital de Curicó establece principios y lineamientos fundamentales que rigen la conducta ética y profesional de la función de auditoría interna, asegurando su adhesión a los principios de integridad, objetividad, competencia, debido cuidado profesional y confidencialidad, conforme al Dominio II de las Normas Globales de Auditoría Interna y las directrices Unidad Central de Armonización (CHU); formalizada mediante la resolución N°6743, de fecha 25-08-2025.

Esta se basa en los siguientes lineamientos:

- **Demostrar integridad:** La integridad de los auditores internos establece confianza, cimentando la base para la credibilidad de sus juicios y conclusiones.



- **Garantizar competencia:** Los auditores internos deben contar con las competencias necesarias para desempeñar su trabajo con la máxima calidad y profesionalismo.
- **Ejercer el debido cuidado profesional:** Al planificar y realizar los servicios de auditoría, los auditores aplicarán el debido cuidado profesional, en cumplimiento con las Normas Globales.
- **Mantener objetividad e independencia:** Los auditores internos deben actuar con imparcialidad, sin estar sujetos a presiones que comprometan su objetividad y juicio profesional.
- **Respetar la confidencialidad:** Los auditores internos deben proteger la información obtenida en el ejercicio de sus funciones, usándola únicamente con fines profesionales y evitando cualquier divulgación no autorizada, salvo cuando exista una obligación legal o profesional que lo requiera. Esto incluye el respeto irrestricto por la privacidad y la titularidad de la información en cualquier formato (físico o digital).
- **Servir al interés público:** Los auditores internos deben desempeñar su labor con un compromiso firme hacia el interés público, promoviendo la transparencia, la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la confianza en la gestión pública.
- **Alinear la auditoría interna con las estrategias y objetivos del establecimiento:** La función de auditoría interna debe ajustarse a los objetivos estratégicos, riesgos y políticas del establecimiento para agregar valor a la organización.
- **Posicionarse adecuadamente y contar con recursos:** La función de auditoría interna debe contar con los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para desarrollar eficazmente su trabajo.
- **Fomentar la calidad y mejora continua:** Los auditores internos deben promover la mejora continua, demostrando compromiso con el aprendizaje y la excelencia.
- **Comunicarse efectivamente:** La función de auditoría interna debe fomentar una comunicación clara y efectiva, tanto al interior como al exterior del equipo de trabajo, asegurando que los resultados de sus auditorías sean comprensibles y útiles.
- **Proporcionar aseguramiento basado en riesgos:** Los auditores internos deben enfocar su trabajo en los riesgos críticos para la organización, asegurando una auditoría relevante y efectiva.
- **Realizar análisis proactivos y orientados al futuro:** Los auditores internos deben anticiparse a los cambios, identificando tendencias emergentes y riesgos potenciales que puedan impactar a la institución.
- **Promover la mejora del establecimiento:** A través de sus observaciones y recomendaciones, la función de auditoría interna se convierte en un motor de cambio y mejora continua para la organización.



8.2 Objetivos generales por Subdirección

Subdirección Médica

“Gestionar el trabajo clínico asistencial docente con estándares de seguridad, oportunidad, eficiencia, profesionalismo, conforme al perfil biopsicosocial de nuestros usuarios, articulado en red y haciéndose cargo de la proyección de la demanda sanitaria y de los objetivos institucionales”.

Subdirección Administrativa

“Gestionar el uso eficiente de los recursos financieros y presupuestarios de forma oportuna y eficaz, garantizando el cumplimiento normativo de los procesos para alcanzar los objetivos institucionales”.

Subdirección de Gestión de las Personas

“Gestionar la administración de las personas, en un proceso de acompañamiento continuo que potencie el crecimiento y desarrollo de los talentos, con acciones que favorezcan la calidad de vida funcionaria y permitan alcanzar los objetivos institucionales.”

Subdirección de Gestión del Cuidado

“Gestionar los cuidados al paciente con profesionalismo en un entorno asistencial docente, a fin de que estos sean oportunos, eficientes, continuos, personalizados, seguros, cercanos y accesibles para el usuario, familia y comunidad, contribuyendo a alcanzar los objetivos institucionales”.

Subdirección de Eficiencia Hospitalaria

“Gestionar, analizar y optimizar los procesos hospitalarios mediante la implementación de estrategias eficientes, considerando la incorporación efectiva de las tecnologías de la información, mejorando la gestión clínica y administrativa de la institución para brindar un servicio de calidad de atención a los usuarios.”

Subdirección de Operaciones

“Gestionar los recursos de equipamiento, infraestructura y apoyo logístico, necesarios para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, incorporando el concepto de innovación tecnológica permanente”.



9. ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO

ANÁLISIS INTERNO	
F FORTALEZAS	D DEBILIDADES
<p>F1. Infraestructura hospitalaria moderna y con mayor capacidad resolutive.</p> <p>F2. Incremento sostenido de dotación clínica y técnica especializada.</p> <p>F3. Sistema de planificación, monitoreo y control de gestión institucional consolidado.</p> <p>F4. Institución acreditada.</p> <p>F5. Convenios docente-asistenciales que favorecen formación, investigación y desarrollo.</p> <p>F6. Modelo de Gestión de Listas de Espera consolidado y eficiente.</p> <p>F7. Gobernanza institucional</p>	<p>D1. Sistemas de información y herramientas digitales insuficientemente desarrolladas.</p> <p>D2. Brechas en gestión logística, abastecimiento y control del gasto.</p> <p>D3. Insuficiente control y estandarización de procesos críticos.</p> <p>D4. Factores que afectan la calidad de vida laboral, ausentismo y seguridad funcionaria.</p> <p>D5. Escaso alineamiento entre los objetivos estratégicos institucionales y las actividades efectivamente realizadas</p>
ANÁLISIS EXTERNO	
O OPORTUNIDADES	A AMENAZAS
<p>O1. Avances tecnológicos y transformación digital en salud.</p> <p>O2. Acceso a programas de formación continua, postgrado y especialización.</p> <p>O3. Fortalecimiento de alianzas con universidades y centros de investigación.</p> <p>O4. Uso de plataformas digitales y redes sociales para mejorar comunicación y experiencia usuaria.</p>	<p>A1. Crecimiento sostenido de la demanda asistencial y listas de espera.</p> <p>A2. Condición de único hospital de alta complejidad de la provincia.</p> <p>A3. Restricciones presupuestarias y aumento de costos operacionales.</p> <p>A4. Incremento de enfermedades crónicas y complejidad de los pacientes.</p> <p>A5. Emergencias sanitarias, nuevos virus y eventos catastróficos.</p>



10. ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

10.1 Lineamientos Estratégicos

Los lineamientos o temas estratégicos son objetivos generales que permiten englobar en una línea los objetivos institucionales en la consecución al logro de la Misión y Visión.

Para el Hospital de Curicó, los lineamientos estratégicos son:

Sustentabilidad Financiera:

Se busca identificar el comportamiento relativo al área de gestión financiera para evaluar los recursos y el modo en que son utilizados, permitiendo al Hospital, aprovechar las oportunidades y asegurar los recursos financieros suficientes que permitan mantener las actividades y contar con provisión para las necesidades futuras.

Eficiencia Operacional:

Busca mejorar los procesos de atención, optimizando la productividad para desarrollar un nivel de calidad superior en las prestaciones de servicios del Hospital.

Gestión Asistencial:

Persigue mejorar directamente los procesos internos del trabajo clínico asistencial docente, logrando altos estándares de calidad y seguridad para conservar o restablecer la salud de los pacientes.

Calidad de la atención:

Entregar un servicio de salud que permita aumentar los resultados de salud oportuna, integral y eficiente deseados por los usuarios.

10.2 Objetivos Estratégicos

A. Perspectiva Financiera

1. **Aumentar la efectividad en el uso de los recursos:** Mejorar eficiencia y eficacia en los procesos y uso de los recursos financieros.

B. Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

2. **Contar con personal suficiente, capacitado y comprometido:** Integrar y desarrollar conocimiento en el personal acorde en temáticas de innovación digital que respondan a los desafíos sanitarios en un sistema globalizado, como también de favorecer la mejora continua. Además, busca prevenir, gestionar y reducir el ausentismo laboral en favor del cumplimiento de los objetivos institucionales.
3. **Propiciar ambientes laborales saludables:** Medir, identificar y evaluar los factores de riesgo psicosocial en el hospital, propiciando planes preventivos en materias de salud mental, enfermedades laborales y mejoras en las condiciones del entorno laboral.
4. **Fomentar la cultura de investigación y docencia en la práctica asistencial:** Institucionalizar la investigación biomédica en la práctica hospitalaria para elevar la calidad de la atención mediante la generación de conocimiento científico propio, y el desarrollo de simulación clínica como parte de la tarea asistencial para favorecer la seguridad del paciente y la calidad institucional.



C. Perspectiva Procesos Internos

5. **Propiciar polo desarrollo de Innovación Digital:** Establecer una cartera de proyectos de innovación digital que respondan a las necesidades institucionales, vanguardista, considerando los desafíos que presentan las nuevas tecnologías, midiendo su ejecución e impacto en la gestión hospitalaria.
6. **Fortalecer y optimizar procesos de apoyo logístico:** Asegurar la operatividad institucional a través de la suficiente disponibilidad de suministros, asociados a la gestión logística. Además, medir la estandarización y agrupación de insumos, fármacos e instrumental necesarios para el correcto desempeño productivo, haciendo más eficiente el uso de los recursos financieros.
7. **Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos:** Medir la ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos, equipos médicos relevantes, ambulancias y equipos industriales, con el propósito de favorecer la seguridad en los procesos críticos y buen uso de los recursos.
8. **Fortalecer y optimizar modelos y procesos de gestión clínica:** Fortalecer y optimizar los modelos de gestión clínica mediante la medición del uso eficiente de quirófanos, el análisis de la complejidad diagnóstica en hospitalización y la gestión estratégica de camas, orientada a la reducción de los egresos con estadías prolongadas.
9. **Mantener calidad de la institución acreditada:** Mantener condición de establecimiento de atención cerrada de alta complejidad acreditado bajo el estándar definido y regulado por la Superintendencia de Salud, lo que permitirá entregar un servicio de calidad y con seguridad a nuestros usuarios.

D. Perspectiva Usuarios

10. **Optimizar tiempos en base a una atención digna:** Mejorar y controlar los tiempos asociados a proceso atención médica en la unidad de emergencia hospitalaria, y de término anticipado del mismo producto de abandono por parte de pacientes.
11. **Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención:** Mejorar el acceso y oportunidad en la atención a los pacientes que buscan intervención quirúrgica, atención de consultas médicas y odontológicas nuevas, reduciendo los tiempos de espera y generando mayor satisfacción en la entrega de prestaciones de salud a nuestra población.
12. **Entregar atención oportuna, segura y de calidad:** Mejorar la percepción de la comunidad hacia la institución y su satisfacción usuaria, a través de estrategias asistenciales tales como resolución oportuna de interconsultas en pacientes hospitalizados, una dispensación coordinada y completa de fármacos, reducción de eventos centinelas como parte de las acciones de seguridad, la reducción de reclamos asociados a trato y una mayor tasa de felicitaciones emanadas.



10.3 Mapa Estratégico General

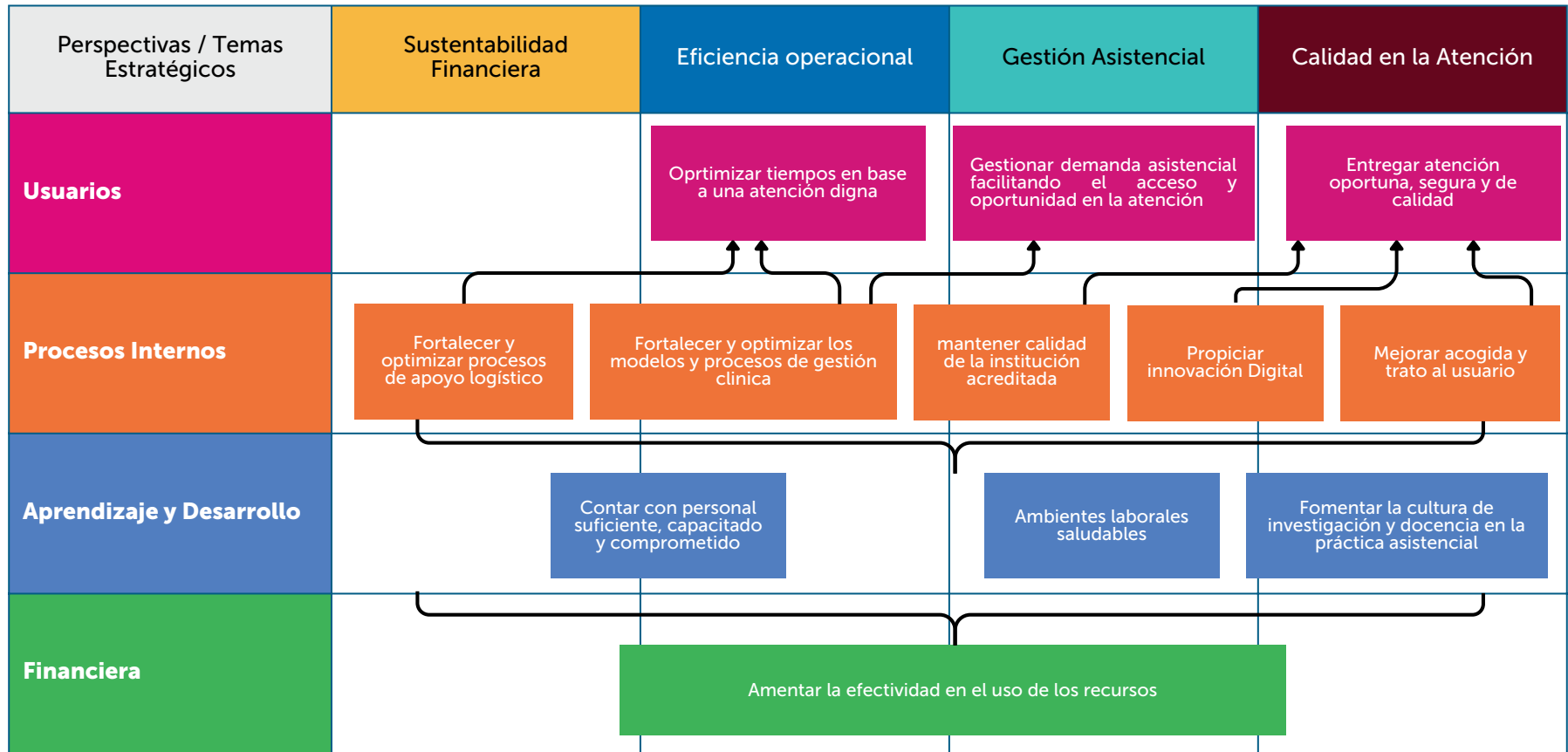


Figura N° 2: Mapa Estratégico General 2026, Hospital de Curicó.



10.4 Mapa Estratégico de Indicadores

Perspectivas / Temas Estratégicos	Sustentabilidad Financiera	Eficiencia operacional	Gestión Asistencial	Calidad en la Atención
Usuarios		Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en UEH	Porcentaje CNE resueltas en ≤ 90 días de espera	Porcentaje reducción Eventos Centinelas
		Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en UEH	Porcentaje intervenciones quirúrgicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Porcentaje despacho recetas de manera total y oportuna en atención abierta y cerrada
			Porcentaje CNE Odontológicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Porcentaje reclamos asociados a trato
			Porcentaje IC resueltas a pacientes hospitalizados	Índice de satisfacción usuaria
				Clasificación tramo 1 Encuesta Trato Usuario
Procesos Internos	Porcentaje disponibilidad de stock suministros	Porcentaje ejecución cartera proyectos Innovación Digital	Índice estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico	Cumplimiento características de acreditación
	Porcentaje ejecución Plan anual de mantenimiento preventivo	Porcentaje Paquetización procesos qx y procedimientos clínicos	Días estadia en egresos con estancia prolongada (Outliers Superiores)	
		Tasa suspensión cirugías por fallas en el proceso de esterilización	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	
Aprendizaje y Desarrollo		Porcentaje funcionarios capacitados en Innovación Digital	Tasa cobertura aplicación Ceal-SM	
		Índice de ausentismo laboral	Desarrollo cultura Investigación Biomédica	
			Desarrollo Simulación Clínica	
Financiera		Eficiencia del gasto extensión horaria y continuidad de la atención	Porcentaje Ejecución Presupuestaria	
		Uso presupuesto institucional en prestación de servicios a terceros	Cumplimiento Plan Anual de Compras	
			Eficiencia en la Producción Quirúrgica	

Figura N° 3: Mapa estratégico de Indicadores PE 2026, Hospital de Curicó.



11. CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Perspectiva	Objetivos		Indicadores				Meta 2026
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	
FINANCIERA	1	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	1	Eficiencia del gasto en extensión horaria y continuidad de la atención	Depto. Gestión de la Producción	50% de Trazadora 1: [(Gasto Devengo Extensión Horaria subt 21 en el periodo / producción Extensión Horaria en el periodo) - periodo t-1] 50% de Trazadora 2: [(Gasto Devengo Continuidad de la atención subt 21 en el periodo / producción Continuidad de la atención el periodo) - periodo t-1]	≤ 1
			2	Porcentaje Ejecución Presupuestaria	Depto. de Finanzas	50% de Trazadora 1: (Gasto Devengo subt 21 en el periodo / Presupuesto vigente subt 21 en el periodo) x 100 50% de Trazadora 2: (Gasto Devengo subt 22 en el periodo / Presupuesto vigente subt 22 en el periodo) x 100	100%
			3	Eficiencia en la Producción Quirúrgica	Centro de Responsabilidad Quirúrgico	[(Costos directos + costos indirectos, de procesos quirúrgicos) / producción quirúrgica] x 100	$\leq 5\%$
			4	Cumplimiento Plan Anual de Compras	Depto. Adquisiciones / Depto. Finanzas	50% de Trazadora 1: (procesos generados / total procesos programados según Plan Anual de compras) x 100 50% de Trazadora 2: (Gasto Devengo subt 22 comprados según Plan Anual de Compras / Gasto Devengo subt 22) x 100	$\geq 90\%$
			5	Uso de Presupuesto Institucional en prestación de servicios a terceros	Depto. de Finanzas	[(Gasto Devengo asociado a prestación de servicios a terceros subt 22 en el periodo / Presupuesto vigente subt 22 en el periodo) - periodo t-1]	≤ 0



Perspectiva	Objetivos		Indicadores				Meta 2026
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	2	Contar con personal suficiente, capacitado y comprometido	6	Porcentaje funcionarios capacitados en Innovación Digital para la institución	Depto. Desarrollo de las Personas	$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios profesionales capacitados en temas estratégicos de Innovación Digital} / \text{Dotación funcionarios profesionales}) \times 100$	$\geq 10\%$
			7	Índice de ausentismo laboral	Depto. Calidad de Vida Laboral	$\text{Días ausentismo total en el periodo} / \text{Dotación efectiva en el periodo}$	$\leq 18 \text{ días}$
	3	Propiciar ambientes laborales saludables	8	Tasa de cobertura aplicación CEAL-SM	Depto. Calidad de Vida Laboral	$(\text{Total de funcionarios que responden CEAL-SM} / \text{Total de dotación efectiva}) \times 100$	$\geq 75\%$
	4	Fomentar la cultura de Investigación y docencia en la práctica clínica asistencial	9	Porcentaje de proyectos Investigación Biomédica en la práctica hospitalaria	Depto. Docencia e Investigación	50% de Trazadora 1: $[(\text{N}^\circ \text{ proyectos de Investigación Biomédica vigentes en el periodo} - \text{N}^\circ \text{ proyectos de Investigación Biomédica periodo } t-1) / \text{N}^\circ \text{ total proyectos Investigación Biomédica periodo } t-1] \times 100$ 50% de Trazadora 2: $(\text{N}^\circ \text{ proyectos de Investigación Biomédica finalizados exitosamente en los últimos 5 años} / \text{N}^\circ \text{ proyectos de Investigación Biomédica en los últimos 5 años}) \times 100$	$\geq 10\%$
			10	Desarrollo de Simulación Clínica como proceso en la cultura organizacional	Depto. Docencia e Investigación	50% de Trazadora 1 Índice ejecución Simulación Clínica: $(\text{N}^\circ \text{ procesos Simulación Clínica implementados en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ procesos Simulación Clínica programados para el periodo}) \times 100$ 50% de Trazadora 2 Porcentaje cobertura entrenamiento Simulación Clínica: $(\text{N}^\circ \text{ funcionarios entrenados en Simulación Clínica en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ funcionarios programados para entrenamiento Simulación Clínica en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$



Perspectiva	Objetivos		Indicadores				Meta 2026
	N°	Objetivo estratégico	N°	Indicador	Responsable	Fórmula	
PROCESOS INTERNOS	5	Propiciar polo de desarrollo de Innovación digital	11	Porcentaje ejecución cartera de Proyectos de Innovación digital	Depto. Innovación y Tecnología	$(\text{N}^\circ \text{ proyectos Innovación digital implementados en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ proyectos Innovación digital programados para el periodo}) \times 100$	100%
	6	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logístico	12	Porcentaje disponibilidad stock de suministros (de 21 a 45 días)	Depto. Logística y Distribución	$(\text{Stock de suministros disponibles de 21 a 45 días en el periodo} / \text{stock de suministros en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$
			13	Porcentaje de Paquetización de procesos quirúrgicos y procedimientos clínicos	Depto. Logística y Distribución	$[\text{N}^\circ \text{ procesos paquetizados implementados (procesos quirúrgicos + procedimientos clínicos) en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ procesos (procesos quirúrgicos + procedimientos clínicos) definidos para el periodo}] \times 100$	$\geq 90\%$



Perspectiva	Objetivos		Indicadores			Meta	
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	2026
PROCESOS INTERNOS	7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	14	Porcentaje ejecución Plan anual de mantenimiento preventivo: equipos médicos críticos, equipos médicos relevantes, ambulancias y equipos industriales	Depto. Ingeniería Biomédica	25% del puntaje para trazadora 1: (Nº de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos realizadas en el periodo de evaluación / Nº total de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100	≥95%
						25% del puntaje para trazadora 2: (Nº de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100	
					Depto. Soporte Operacional	25% del puntaje para trazadora 3: (Nº de mantenencias preventivas de ambulancias realizadas en el periodo de evaluación/ Nº total de mantenencias preventivas de ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100	
					Depto. Infraestructura e Instalaciones	25% del puntaje para trazadora 4: (Nº de mantenencias preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación/ Nº total de mantenencias preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100	



Perspectiva	Objetivos		Indicadores				Meta
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	2026
PROCESOS INTERNOS	8	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	15	Tasa de suspensión de cirugías por fallas en el proceso de esterilización	Centro de Responsabilidad Quirúrgico	$\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas totales suspendidas por fallas en el proceso de esterilización en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ intervenciones quirúrgicas totales programadas en el periodo} \times 100$	$\leq 0,1\%$
			16	Índice de estancia media ajustada (IEMA) en GRDs médico-quirúrgicos	Depto. Gestión de la Producción	$\text{Estancia Media observada} / \text{Estancia Media esperada}$	$\leq 0,9\%$
			17	Días de estada en Egresos con estancia prolongada (Outlier superiores)	Depto. Gestión de la Producción	$[(\text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en el periodo} - \text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en periodo } t-1) / \text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en periodo } t-1] \times 100$	$\leq 5\% \text{ LB}$
			18	Porcentaje horas ocupadas de quirófanos habilitados	Centro de Responsabilidad Quirúrgico	$[(\text{Número total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo en horario hábil en el periodo} / \text{Número de quirófanos en dotación} \times 8 \times \text{Número de días hábiles en el periodo})] \times 100$	$\geq 85\%$
	9	Mantener calidad de la institución acreditada	19	Cumplimiento de las características de Acreditación	Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	Trazadora 1: $[\text{N}^\circ \text{ de características obligatorias que aplican al establecimiento en cumplimiento} / \text{N}^\circ \text{ Total de características obligatorias que aplican al establecimiento}] \times 100$	100%
						Trazadora 2: $[\text{N}^\circ \text{ de características que aplican al establecimiento en cumplimiento según estándar de acreditación de atención cerrada} / \text{N}^\circ \text{ Total de características que aplican al establecimiento}] \times 100$	$\geq 95\%$



Perspectiva	Objetivos		Indicadores			Meta	
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	2026
USUARIO	10	Optimizar tiempos en base a una atención digna	20	Porcentaje pacientes atendidos dentro del estándar en UEH (≤ 6 horas)	Servicio UEH	$(\text{Número de pacientes con estadía } \leq 6 \text{ horas en UEH adulto y pediátrica en el periodo} / \text{Total de pacientes con alta médica atendidos en UEH adulto y pediátrica en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$
			21	Porcentaje de abandono de pacientes del proceso de atención médica en UEH	Servicio UEH	$[(\text{Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DAU con o sin alta médica} - \text{Total de atenciones en la UEH adulto y pediátrica con alta médica}) / \text{Total de pacientes admitidos en la UEH adulto y pediátrica con generación de DAU con o sin alta médica}] \times 100$	$\leq 10\%$
	11	Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención	22	Porcentaje CNE resueltas en ≤ 90 días	Depto. Gestión de la Producción	$(\text{N}^\circ \text{ de CNE resueltas en } \leq 90 \text{ días, en el periodo} / \text{Total de CNE resueltas, en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$
			23	Porcentaje intervenciones quirúrgicas atendidas en ≤ 180 días de espera		$(\text{N}^\circ \text{ cirugías realizadas de pacientes en espera } \leq 180 \text{ días, en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de cirugías electivas realizadas, en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$
			24	Porcentaje CNE Odontológica atendidas en ≤ 180 días de espera		$(\text{N}^\circ \text{ de casos CNE odontológica realizadas con espera } \leq 180 \text{ días, en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de CNE Odontológica realizadas, en el periodo}) \times 100$	$\geq 90\%$



Perspectiva	Objetivos		Indicadores				Meta
	Nº	Objetivo estratégico	Nº	Indicador	Responsable	Fórmula	2026
USUARIO	12	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	25	Porcentaje de interconsultas resueltas a pacientes hospitalizados	Centro de Responsabilidad Médico	$(\text{N}^\circ \text{ de interconsultas de pacientes hospitalizados resueltas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de interconsultas de pacientes hospitalizados generadas en el periodo}) \times 100$	90%
			26	Porcentaje Reducción de Eventos Centinelas	Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	$[(\text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo t-1} - \text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo}) / \text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo t-1}] \times 100$	$\geq 10\% \text{ LB}$
			27	Porcentaje Despacho recetas de manera total y oportuna en atención abierta y cerrada	Centro de Responsabilidad Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Trazadora 1: $(\text{N}^\circ \text{ de recetas despachadas de manera total y oportuna para la atención abierta en el periodo} / \text{Total de recetas despachadas para la atención abierta en el periodo}) \times 100$ Trazadora 2: $(\text{N}^\circ \text{ de recetas despachadas de manera total y oportuna para la atención cerrada en el periodo} / \text{Total de recetas despachadas para la atención cerrada en el periodo}) \times 100$	Trazadora 1: $\geq 97\%$ Trazadora 2: 100%
			28	Porcentaje reclamos asociados a trato, recibidos en los requerimientos ciudadanos	Depto. Experiencia Usaria	$[(\text{N}^\circ \text{ reclamos por trato en el periodo t-1} - \text{N}^\circ \text{ reclamos por trato en el periodo}) / \text{N}^\circ \text{ reclamos por trato en el periodo t-1}] \times 100$	$\leq 15\% \text{ LB}$
			29	Índice de satisfacción usuaria		Trazadora 1 Índice de prevalencia positiva: $\text{N}^\circ \text{ felicitaciones} / \text{N}^\circ \text{ reclamos}$ Trazadora 2 Índice de satisfacción sobresaliente: $(\text{N}^\circ \text{ de encuestas satisfacción global pregunta específica con notas 6 a 7, en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de encuestas satisfacción global pregunta específica}) \times 100$	Trazadora 1: ≥ 2 Trazadora 2: $\geq 85\%$
			30	Clasificación tramo 1 Encuesta Trato Usuario		Ranking Nacional elaborado por Minsal con resultado por tipo de establecimientos hospitalarios y tramo	100%



12. FICHA TÉCNICA INDICADORES

Perspectiva Financiera

Aumentar la efectividad en el uso de los recursos

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Financiera	Eficiencia del gasto en Extensión horaria y Continuidad de la atención	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Sustentabilidad Financiera	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	
Frecuencia Medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Maximizar el valor de los recursos públicos asociados	
Fórmula:		
50% de Trazadora 1: [(Gasto Devengo Extensión Horaria subt 21 en el periodo / producción Extensión Horaria en el periodo) - periodo t-1]. 50% de Trazadora 2: [(Gasto Devengo Continuidad de la atención subt 21 en el periodo / producción Continuidad de la atención el periodo) - periodo t-1].		
Fuente de Datos:		
SIGFE, SIRH, REM		
Observaciones:		
Este indicador mide el gasto devengado en subt 21 en las estrategias de apoyo tales como Extensión Horaria y Continuidad de la Atención, considerando la producción de ambas respectivamente, y comparando con el año anterior. Su propósito es que se pueda producir más con el mismo o menor gasto asociado.		
Actividades:	Verificable:	
1. Monitorear gasto en subt 21 en Extensión Horaria y Continuidad de la atención.	Reportes trimestrales SIGFE, SIRH	
2. Monitorear producción asociada a Extensión Horaria y Continuidad de la atención.	Informe semestral de producción	
Meta 2026: ≤ 1		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Financiera	Porcentaje Ejecución Presupuestaria	Depto. de Finanzas
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Sustentabilidad Financiera	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	
Frecuencia Medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir y controlar el gasto real de los subt 21 y 22 respectivamente, frente al presupuesto autorizado	
Fórmula:		
<p>50% de Trazadora 1: $(\text{Gasto Devengo subt 21 en el periodo} / \text{Presupuesto vigente subt 21 en el periodo}) \times 100$ 50% de Trazadora 1: $(\text{Gasto Devengo subt 22 en el periodo} / \text{Presupuesto vigente subt 22 en el periodo}) \times 100$</p>		
Fuente de Datos:		
SIGFE		
Observaciones:		
Este indicador permite controlar el avance y evolución de la ejecución presupuestaria en los dos principales subtítulos del clasificador. De esta forma se puede establecer momentos financieros regulares y/o planes de mitigación a posibles variables externas, para asegurar la correcta operatividad hospitalaria.		
Actividades:	Verificable:	
1. Establecer presupuesto institucional	Ley de Presupuesto 2026	
2. Monitorear gasto realizado en subt 21 y en subt 22	Reporte SIGFE	
Meta 2026: 100%		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Financiera	Eficiencia en la Producción Quirúrgica	Centro de Responsabilidad Quirúrgico
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Sustentabilidad Financiera	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	
Frecuencia Medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Determinar el costo promedio incurrido por cada intervención quirúrgica realizada, reduciendo el valor en comparación con el periodo anterior	
Fórmula:		
$[(\text{Costos directos} + \text{costos indirectos, de procesos quirúrgicos}) / \text{producción quirúrgica}] \times 100$		
Fuente de Datos:		
SIGFE, SIRH, REM		
Observaciones:		
Este indicador permite relacionar los costos institucionales con el volumen de la actividad quirúrgica. Un valor igual o superior a la meta definida significará que ha sido posible optimizar el proceso, manteniendo o incrementando la producción. Por el contrario, un aumento en los costos acompañado de un descenso productivo reflejará el impacto de la capacidad ociosa o una ineficiencia en la gestión de los tiempos y recursos.		
Actividades:	Verificable:	
1. Establecer costos directos e indirectos de Pabellón	Reporte financiero de costos de pabellón	
2. Monitorear producción pabellón	Reporte REM	
Meta 2026: $\leq 5\% t-1$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Financiera	Cumplimiento del Plan Anual de Compras	Depto. Adquisiciones
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Sustentabilidad Financiera	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	
Frecuencia Medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Monitorear el nivel de cumplimiento de las compras y gastos realizados respectivamente, en relación a lo definido en el Plan Anual de Compras	
Fórmula:		
$50\% \text{ de Trazadora 1: } (\text{procesos generados} / \text{total procesos programados según Plan Anual de compras}) \times 100$ $50\% \text{ de Trazadora 1: } (\text{Gasto Devengo subt 22 comprados según Plan Anual de Compras} / \text{Gasto Devengo subt 22}) \times 100$		
Fuente de Datos:		
SIGFE, Sistema de información ChileCompra		
Observaciones:		
Establecer la relación entre los procesos de compras realizados, además de los gastos devengados por los mismos, en base a la programación anual, permite evaluar su ejecución durante el año presupuestario. Un resultado igual o mayor a un 90% del indicador determinará una excelente gestión. A su vez, resultados por debajo de lo esperado evidenciará una deficiente planificación.		
Actividades:	Verificable:	
1. Establecer Plan Anual de Compras	Resolución Exenta aprobatoria Plan Anual de Compras	
2. Monitorear ejecución Plan Anual de Compras	Reporte ChileCompra	
3. Monitorear gastos subt 22 de la ejecución presupuestaria	Reporte SIGFE	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Financiera	Uso de presupuesto institucional en prestación de servicios a terceros	Depto. de Finanzas
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Sustentabilidad Financiera	Aumentar la efectividad en el uso de los recursos	
Frecuencia Medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Determinar el impacto presupuestario institucional en relación a las prestaciones otorgadas de servicios a terceros, tales como Deptos. de Salud Municipales, Pensionado, otros.	
Fórmula:		
$\left[\frac{\text{Gasto Devengo asociado a prestación de servicios a terceros sub 22 en el periodo}}{\text{Presupuesto vigente sub 22 en el periodo}} - \text{periodo t-1} \right]$		
Fuente de Datos:		
SIGFE, SIRH		
Observaciones:		
<p>Los servicios de prestaciones a terceros son modelos de negocios que impacten en la gestión hospitalaria. No obstante, su financiamiento debe ser acorde con los gastos asociados y rentabilidad. El desconocer dicho impacto en la ejecución presupuestaria involucra variables difíciles de manejar y/o controlar. Lo esperado es que, en términos comparativos con periodo anterior, el uso de presupuesto institucional para dichas acciones sea menor.</p>		
Actividades:	Verificable:	
1. Determinar todas las prestaciones a terceros	Resoluciones aprobatorias de Convenios y/o contratos regulatorios, vigentes	
2. Determinar costos por prestaciones convenidas con terceros	Reporte financiero de costos por prestaciones a terceros	
3. Monitorar ejecución presupuestaria	Reporte SIGFE	
Meta 2026: ≤ 0		



Perspectiva Aprendizaje y Desarrollo

Contar con personal suficiente, capacitado y comprometido

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Aprendizaje y desarrollo	Porcentaje de funcionarios profesionales capacitados en Innovación digital para la institución	Dpto. Desarrollo de las Personas
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Contar con personal suficiente, capacitado y comprometido	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Desarrollar capacidades técnicas y herramientas innovadoras para la eficiencia laboral y el cumplimiento de los objetivos institucionales	
Fórmula:		
$(N^{\circ} \text{ funcionarios profesionales capacitados en temas estratégicos de Innovación Digital} / \text{Dotación funcionarios profesionales}) \times 100$		
Fuente de Datos:		
Reporte del Dpto. Desarrollo de las Personas.		
Observaciones:		
<p>Este indicador mide el porcentaje de funcionarios profesionales, que han recibido capacitación en temáticas de Innovación digital para la institución, definidos para el periodo.</p> <p>Se entenderá por funcionario capacitado, aquellos que hayan aprobado con nota igual o superior a cuatro (4.0) al menos una actividad que sea pertinente al área de su desempeño, cuya duración sea igual o superior a 20 horas pedagógicas.</p> <p>Se espera alcanzar al menos al 10% de los funcionarios profesionales de la dotación.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Definir temas estratégicos de Innovación digital	Pac de capacitación en Innovación digital	
2. Definir masa crítica de funcionarios profesionales susceptibles a capacitar	Pac de capacitación en Innovación digital	
3. Capacitar en temas estratégicos de Innovación digital	Informe de gestión de Capacitaciones (asistencia, notas)	
Meta 2026: $\geq 10\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Aprendizaje y desarrollo	Índice de ausentismo laboral	Depto. Calidad de Vida Laboral
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Contar con personal suficiente, capacitado y comprometido	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Disminuir el índice de ausentismo laboral por debajo de la meta estipulada, para garantizar la continuidad de la operatividad hospitalaria.	
Fórmula:		
Días ausentismo total en el periodo / Dotación efectiva en el periodo		
Fuente de Datos:		
Módulo de gestión de ausentismo licencias médicas curativas, Qlikview, "reporte ausentismo con suplencia"		
Observaciones:		
Este indicador mide los días de ausentismo en el periodo en base a la dotación, en relación a periodo anual anterior. El ausentismo para este indicador contiene las licencias médicas curativas tipo 1 "enfermedad común", y tipo 2 "prorroga de medicina preventiva", considerando la dotación efectiva compuesta por funcionarios titulares, contratas, suplencias y reemplazos, vigentes al último día del mes de corte.		
Actividades:	Verificables:	
1. Establecer estrategias de abordaje ausentismo laboral según lineamientos Minsal	Resolución Exenta aprobatoria de Plan de Ausentismo laboral	
2. Monitorear ausentismo	Reporte de gestión local Depto. Calidad de Vida Laboral	
Meta 2026: ≤18 días		



Propiciar ambientes laborales saludables

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Aprendizaje y desarrollo	Tasa de cobertura aplicación CEAL-SM	Depto. Calidad de Vida Laboral
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Propiciar ambientes laborales saludables	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Anual	Garantizar la representatividad y validez de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario CEAL-SM sobre riesgos psicosociales en el hospital	
Fórmula:		
$(\text{Total de funcionarios que responden CEAL-SM} / \text{Total de dotación efectiva}) \times 100$		
Fuente de datos:		
Informe de Resultados del Cuestionario CEAL-SM/SUSESO		
Observaciones:		
Lograr una alta tasa de cobertura asegura un diagnóstico acorde con la realidad organizacional en relación con las distintas dimensiones del instrumento, tales como carga de trabajo, desarrollo profesional, exigencias emocionales, reconocimiento y claridad del rol, conflicto del rol, calidad del liderazgo, compañerismo, inseguridad en las condiciones de trabajo, equilibrio trabajo y vida privada, confianza y justicia organizacional, vulnerabilidad, violencia y acoso en el trabajo. A su vez, permitirá establecer planes de acción que respondan a los riesgos y aspectos identificados, en beneficio de la institución.		
Actividades:	Verificables:	
1. Conformar Comité aplicación CEAL-SM	Resolución confirmación Comité	
2. Difundir y sensibilizar objetivos del cuestionario CEAL-SM	Hito comunicación interna difusión aplicación cuestionario CEAL-SM	
3. Aplicar cuestionario CEAL-SM	Informe SUSESO	
4. Presentar Resultados del alcance (cobertura) cuestionario CEAL-SM	Informe de gestión Depto. Calidad de Vida Laboral	
Meta 2026: $\geq 75\%$		



Fomentar la cultura de investigación y docencia en la práctica clínica asistencial

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Aprendizaje y desarrollo	Desarrollo de la cultura de Investigación Biomédica en la práctica hospitalaria	Depto. Docencia e Investigación
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fomentar la cultura de investigación y docencia en la práctica clínica asistencial	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Semestral	Medir y fomentar la integración de la investigación científica en la práctica clínica asistencial	
Fórmula:		
<p>50% de Trazadora 1: $[(N^{\circ} \text{ proyectos de Investigación Biomédica vigentes en el periodo} - N^{\circ} \text{ proyectos de Investigación Biomédica periodo } t-1) / N^{\circ} \text{ total proyectos Investigación Biomédica periodo } t-1] \times 100$</p> <p>50% de Trazadora 2: $(N^{\circ} \text{ proyectos de Investigación Biomédica finalizados exitosamente en los últimos 5 años} / N^{\circ} \text{ proyectos de Investigación Biomédica en los últimos 5 años}) \times 100$</p>		
Fuente de datos:		
Informe de Gestión local, Depto Docencia e Investigación		
Observaciones:		
El establecer este indicador, a través de sus trazadoras pretende mejorar la calidad asistencial a través de conocimiento basado en investigación con rigor científico, además de fortalecer el pensamiento crítico. Se establece la medición del número de estudios vigentes, como también el impacto en la gestión hospitalaria en beneficio de las decisiones asistenciales, con el fin de estimular a una mayor cobertura en la práctica de investigación asistencial.		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear seguimiento de las Investigaciones biomédicas vigentes	Informe de gestión sobre Investigaciones biomédicas vigentes	
2. Monitorear seguimiento de las Investigaciones biomédicas finalizadas en los últimos 5 años	Informe de gestión sobre Investigaciones biomédicas en los últimos 5 años	
Meta 2026: $\geq 10\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Aprendizaje y desarrollo	Desarrollo de Simulación clínica como proceso en la cultura organizacional	Depto. Docencia e Investigación
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fomentar la cultura de investigación y docencia en la práctica clínica asistencial	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Integrar de forma sistemática la metodología de simulaciones clínicas para mejorar la seguridad del paciente, reducir errores asistenciales, estandarización de modelos clínico-asistenciales, transferencia a la práctica y cambio cultural.	
Fórmula:		
<p>50% de Trazadora 1 Índice ejecución Simulación Clínica: $(N^{\circ} \text{ procesos Simulación Clínica implementados en el periodo} / N^{\circ} \text{ procesos Simulación Clínica programados para el periodo}) \times 100$</p> <p>50% de Trazadora 2 Porcentaje cobertura entrenamiento Simulación Clínica: $(N^{\circ} \text{ funcionarios entrenados en Simulación Clínica en el periodo} / N^{\circ} \text{ funcionarios programados para entrenamiento Simulación Clínica en el periodo}) \times 100$</p>		
Fuente de datos:		
Informe de Gestión local, Depto Docencia e Investigación		
Observaciones:		
Se espera que a través de las dos trazadoras de este indicador, la simulación clínica se consolide progresivamente en la cultura organizacional, aumentando su cobertura de procesos implementados y el entrenamiento a funcionarios.		
Actividades:	Verificables:	
1. Definir procesos de Simulación clínica a implementar por periodo	Resolución que identifique los procesos de Simulación clínica definidos por la institución para su implementación por periodos	
2. Monitorear ejecución procesos de simulación clínica	Reporte de gestión local, Depto Docencia e Investigación	
3. Monitorear funcionarios entrenados en procesos de simulación clínica implementados	Reporte de funcionarios entrenados en simulación clínica, Depto Docencia e Investigación	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva Procesos Internos
Propiciar polo de desarrollo de Innovación Digital

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje ejecución cartera de proyectos Innovación digital	Depto. Innovación y Tecnología
Estrategia:	Objetivo específico:	
Calidad en la atención	Propiciar polo de desarrollo de Innovación Digital	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Medir la ejecución de la cartera de proyectos de Innovación digital definidos para el periodo a evaluar	
Fórmula:		
$(N^{\circ} \text{ proyectos Innovación digital implementados en el periodo} / N^{\circ} \text{ proyectos Innovación digital programados para el periodo}) \times 100$		
Fuente de datos:		
Informe de gestión local del Depto Innovación y Tecnología		
Observaciones:		
<p>Con este indicador, además de visibilizar e incorporar en la ejecución hospitalaria todo lo relacionado a innovación Digital, se espera asegurar el cumplimiento de la programación y prepuestos definidos para la carteta de proyectos que son de formulación y ejecución local. La transformación en salud es estar a la vanguardia de los tiempos actuales, en la que se debe buscar alternativas que promuevan la eficiencia en la gestión. En una primera parte, se espera lograr el 100% de ejecución de los proyectos definidos para el periodo, para luego avanzar en análisis de resultados y mejoras de procesos.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Definir cartera de proyectos de Innovación Digital	Resolución que defina cartera de proyectos de innovación digital	
2. Establecer cronograma de ejecución cartera de proyectos Innovación digital	Carta Gantt	
3. Monitorear ejecución cartera de proyectos	Informe de gestión local	
Meta 2026: 100%		



Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logístico

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje disponibilidad stock de suministros	Depto. Logístico y Distribución
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operatoria	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logístico	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Garantizar que fármacos e insumos estén disponibles para la correcta operatoria hospitalaria	
Fórmula:		
$(\text{Stock de suministros disponibles de 21 a 45 días en el periodo} / \text{stock de suministros en el periodo}) \times 100$		
Fuente de datos:		
ABAS, ERP Módulo existencias		
Observaciones:		
Este indicador optimiza los procesos de inventario, reduciendo el capital inmovilizado, los costos de almacenamiento y un flujo constante. Un resultado bajo expone la necesidad de revisión de los procesos de solicitud, abastecimiento y despacho de suministros.		
Actividades:	Verificables:	
1. Registrar nómina suministros programados	Nómina de suministros programados por servicios	
2. Monitorear existencias en bodegas	Inventarios	
3. Monitorear existencias en bodegas con un rango de 21 a 45 días de disponibilidad	Reporte gestión local	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje Paquetización de procesos quirúrgicos y procedimientos clínicos relevantes	Depto. Logístico y Distribución
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operatoria	Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logístico	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Estandarizar los insumos y fármacos de procesos quirúrgicos y procedimientos clínicos, facilitando su planificación, reduciendo costos operacionales y favoreciendo la seguridad del paciente.	
Fórmula:		
$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ procesos paquetizados implementados (procesos quirúrgicos + procedimientos clínicos) en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ procesos (procesos quirúrgicos + procedimientos clínicos) definidos para el periodo}} \right] \times 100$		
Fuente de datos:		
Informe de gestión local Depto Logístico y Distribución		
Observaciones:		
El indicador mide el estado de avance del proceso paquetización, evolucionando de una gestión operativa fragmentada, a una integral. Un mayor estado de ejecución asegurará el cumplimiento de los objetivos definidos.		
Actividades:	Verificables:	
1. Definir paquetes para procesos quirúrgicos	Nómina paquetización	
2. Definir paquetes para procedimientos clínicos	Nómina paquetización	
3. Monitorear procesos paquetizados implementados	Reporte de gestión local	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje ejecución Plan Anual de Mantenimiento preventivo	Depto. Ingeniería Biomédica / Depto. Soporte Operacional / Depto. Infraestructura e Instalaciones
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operatoria	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir el cumplimiento y eficacia de la programación de tareas preventivas en equipos e infraestructura necesarios para la correcta operatoria hospitalaria	
Fórmula:		
<p>25% del puntaje para trazadora 1: (N° de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos realizadas en el periodo de evaluación / N° total de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 2: (N° de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 3: (N° de mantenencias preventivas de ambulancias realizadas en el periodo de evaluación/ N° total de mantenencias preventivas de ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 4: (N° de mantenencias preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación/ N° total de mantenencias preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p>		
Fuente de datos:		
Informe de gestión local Depto. Ingeniería Biomédica / Depto. Soporte Operacional / Depto. Infraestructura e Instalaciones SIGFE		
Observaciones:		
<p>La disponibilidad de equipos críticos, relevantes, ambulancias e industriales, en óptimas condiciones brindan un umbral de seguridad en las labores diarias. Así mismo, su mantenimiento preventivo reduce la inactividad y el gasto por tercerizar procesos sensibles.</p> <p>Se espera que su cumplimiento, contando con presupuesto acorde autorizado, sea mayor o igual al 95% en el periodo a evaluar.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Disponer de financiamiento autorizado para Mantenimiento preventivo	Presupuesto vigente	
2. Programar mantenimientos preventivos por categoría, y periódica según aspectos técnicos	Programación de Mantenimiento preventivo equipos, autorizado por resolución	
3. Monitorear ejecución mantenimiento preventivo	Reporte gestión local	
Meta 2026: $\geq 95\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Tasa de suspensión de cirugías por fallas en el proceso de esterilización	Centro de Responsabilidad Quirúrgico
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Garantizar la oportunidad y la seguridad de la intervención quirúrgica en la población	
Fórmula:		
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas totales suspendidas por fallas en el proceso de esterilización en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ intervenciones quirúrgicas totales programadas en el periodo}} \times 100$		
Fuente de datos:		
Informe estadístico de cajas procesadas de esterilización Reporte Eventos adversos de esterilización Ficha Clínica Rem A21		
Observaciones:		
Este indicador busca evitar la suspensión de cirugías asociados a fallas en la logística de esterilización. El propósito es mitigar el elevado costo multidimensional que esto genera no solo a nivel institucional, sino principalmente para el paciente y su entorno familiar, quienes suelen enfrentar tiempos de espera considerables. La meta es ambiciosa, evidenciando el propósito sanitario que motiva su medición.		
Actividades:	Verificables:	
1. Programar tabla quirúrgica	Tabla quirúrgica diaria	
2. Monitorear motivo suspensiones cirugías	Informe gestión local Centro de Responsabilidad	
3. Realizar mantenimiento preventivo autoclaves	Plan e Informe técnico mantenimiento preventivo autoclaves	
Meta 2026: $\leq 0,1\%$		



Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje ejecución Plan Anual de Mantenimiento preventivo	Depto. Ingeniería Biomédica / Depto. Soporte Operacional / Depto. Infraestructura e Instalaciones
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operatoria	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir el cumplimiento y eficacia de la programación de tareas preventivas en equipos e infraestructura necesarios para la correcta operatoria hospitalaria	
Fórmula:		
<p>25% del puntaje para trazadora 1: (N° de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos realizadas en el periodo de evaluación / N° total de mantenencias preventivas de equipos médicos críticos programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 2: (N° de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes realizadas en el periodo de evaluación / Número total de mantenencias preventivas de equipos médicos relevantes programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 3: (N° de mantenencias preventivas de ambulancias realizadas en el periodo de evaluación/ N° total de mantenencias preventivas de ambulancias programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p> <p>25% del puntaje para trazadora 4: (N° de mantenencias preventivas de equipos industriales realizadas en el periodo de evaluación/ N° total de mantenencias preventivas de equipos industriales programadas en el plan anual en el periodo de evaluación) x 100</p>		
Fuente de datos:		
Informe de gestión local Depto. Ingeniería Biomédica / Depto. Soporte Operacional / Depto. Infraestructura e Instalaciones SIGFE		
Observaciones:		
<p>La disponibilidad de equipos críticos, relevantes, ambulancias e industriales, en óptimas condiciones brindan un umbral de seguridad en las labores diarias. Así mismo, su mantenimiento preventivo reduce la inactividad y el gasto por tercerizar procesos sensibles.</p> <p>Se espera que su cumplimiento, contando con presupuesto acorde autorizado, sea mayor o igual al 95% en el periodo a evaluar.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Disponer de financiamiento autorizado para Mantenimiento preventivo	Presupuesto vigente	
2. Programar mantenimientos preventivos por categoría, y periódica según aspectos técnicos	Programación de Mantenimiento preventivo equipos, autorizado por resolución	
3. Monitorear ejecución mantenimiento preventivo	Reporte gestión local	
Meta 2026: $\geq 95\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Tasa de suspensión de cirugías por fallas en el proceso de esterilización	Centro de Responsabilidad Quirúrgico
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Garantizar la oportunidad y la seguridad de la intervención quirúrgica en la población	
Fórmula:		
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas totales suspendidas por fallas en el proceso de esterilización en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ intervenciones quirúrgicas totales programadas en el periodo}} \times 100$		
Fuente de datos:		
Informe estadístico de cajas procesadas de esterilización Reporte Eventos adversos de esterilización Ficha Clínica		
Observaciones:		
Este indicador busca evitar la suspensión de cirugías asociados a fallas en la logística de esterilización. El propósito es mitigar el elevado costo multidimensional que esto genera no solo a nivel institucional, sino principalmente para el paciente y su entorno familiar, quienes suelen enfrentar tiempos de espera considerables		
Actividades:	Verificables:	
1. Programar tabla quirúrgica	Tabla quirúrgica diaria	
2. Monitorear motivo suspensiones cirugías	Informe gestión local Centro de Responsabilidad	
3. Realizar mantenimiento preventivo autoclaves	Plan e Informe técnico mantenimiento preventivo autoclaves	
Meta 2026: $\leq 0,1\%$		



Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgico (IEMA)	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Evaluar la eficiencia en el uso de camas de dotación comparado con la estancia media según estándar nacional	
Fórmula:		
Estancia Media observada / Estancia Media esperada		
Fuente de datos:		
Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)		
Observaciones:		
Este indicador permite evidenciar si la institución gestiona sus camas con mayor menor agilidad en comparación con otros hospitales según estándar de referencia. Su resultado menor a 1 debe ser interpretado como más eficiente. Por el contrario, significa que los pacientes se quedan más días de lo que justifica su patología.		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear gestión de camas	Reporte gestión de camas	
2. Planificar alta desde el ingreso	Gestor de casos con temáticas sociales o especiales activo a las 24 a 48 horas del ingreso	
3. Realizar visitas multidisciplinares diarias	Reporte en ficha clínica de atenciones médicos especialistas y otros profesionales de forma conjunta para resolver nudos críticos de manera integral	
Meta 2026: ≤ 0.9		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Días de estada en Egresos con estancia prolongada (Outliers superiores)	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo específico:	
Eficiencia Operacional	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Reducir la ineficiencia en el uso de camas de dotación institucional	
Fórmula:		
$\left[\frac{\text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en el periodo} - \text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en periodo t-1}}{\text{Días de estada en egresos con estancia prolongada en periodo t-1}} \right] \times 100$		
Fuente de datos:		
Herramienta de análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)		
Observaciones:		
<p>El impacto de este indicador que representa la estancia en días para su diagnóstico según normativa GRD es que, al disminuir, se libera capacidad hospitalaria en camas para pacientes nuevos.</p> <p>El propósito actual es que se pueda reducir al menos un 5% de la línea base, entendida como el resultado del periodo 2025.</p> <p>Se excluye del análisis los casos asociados a la especialidad de Psiquiatría.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Realizar reuniones producción atención cerrada	Actas reuniones producción atención cerrada	
2. Planificar alta desde el ingreso	Gestor de casos con temáticas sociales o especiales activo a las 24 a 48 del ingreso	
3. Realizar visitas multidisciplinarias diarias	Reporte en ficha clínica de atenciones médicos especialistas y otros profesionales de forma conjunta para resolver nudos críticos de manera integral	
Meta 2026: $\leq 5\%$ de LB		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	Centro de Responsabilidad Quirúrgico
Estrategia:	Objetivo específico:	
Gestión Asistencial	Fortalecer y optimizar los modelos y procesos de gestión clínica	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Maximizar la eficiencia en el uso de los pabellones quirúrgicos durante el horario hábil	
Fórmula:		
$\left[\frac{\text{Número total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo en horario hábil en el periodo}}{\text{Número de quirófanos en dotación} \times 8 \times \text{Número de días hábiles en el periodo}} \right] \times 100$		
Fuente de datos:		
REM A21		
Observaciones:		
<p>Este indicador se orienta a que los quirófanos trabajen a su máxima capacidad instalada, aumentando el número de cirugías para responder a la alta demanda. El total de horas ocupadas corresponde al tiempo de la cirugía además de preparación en limpieza y desinfección, expresado en horas. Las horas disponibles de quirófanos en dotación son 8 horas diarias de lunes a viernes. Horario hábil se entenderá como aquel desde 08 am a 17 pm de lunes a viernes.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Programar tabla quirúrgica	Tabla quirúrgica	
2. Programar labores de especialistas según demanda quirúrgica y oferta institucional	Instrumento de programación anual	
3. Realizar reuniones de tabla quirúrgica semanal	Actas de reuniones	
Meta 2026: $\geq 85\%$		



Mantener estado de institución acreditada

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Procesos Internos	Cumplimiento de las características de Acreditación	Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente
Estrategia:	Objetivo específico:	
Calidad en la atención	Mantener estado de institución acreditada	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Semestral	Medir el grado de cumplimiento del estándar de Acreditación definido por la Superintendencia de Salud para prestadores institucionales	
Fórmula:		
Trazadora 1: $[\text{N}^\circ \text{ de características obligatorias que aplican al establecimiento en cumplimiento} / \text{N}^\circ \text{ Total de características obligatorias que aplican al establecimiento}] \times 100$ Trazadora 2: $[\text{N}^\circ \text{ de características que aplican al establecimiento en cumplimiento según estándar de acreditación de atención cerrada} / \text{N}^\circ \text{ Total de características que aplican al establecimiento}] \times 100$		
Fuente de datos:		
Reporte Serq		
Observaciones:		
El sistema de acreditación nacional de prestadores institucionales garantiza el cumplimiento del 4to pilar de las Garantías Explícitas en Salud.		
Actividades:	Verificables:	
1. Autoevaluar el cumplimiento de las características obligatorias y no obligatorias	Informe de autoevaluación anual	
2. Actualizar sistema Serq	Reporte consolidado de características, Serq	
Metas 2026: Trazadora 1: 100%, Trazadora 2: 95%		



Perspectiva Usuario

Optimizar tiempos en base a una atención digna

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Servicio UEH
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Eficiencia Operacional	Optimizar tiempos en base a una atención digna	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la UEH.	
Fórmula:		
$\frac{\text{Número de pacientes con estadía } \leq 6 \text{ horas en UEH adulto y pediátrica en el periodo}}{\text{Total de pacientes con alta médica atendidos en UEH adulto y pediátrica en el periodo}} \times 100$		
Fuente de Datos:		
Reporte ampliado en atenciones de urgencia desde sismaule.		
Observaciones:		
Este indicador mide el tiempo de permanencia del paciente en el subproceso de atención clínica de urgencia, cuyo límite máximo es de seis horas. Este periodo comienza con la primera interacción del paciente con el equipo de salud tras la categorización y finaliza con el cierre de la atención. Incluye todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, reevaluación e indicaciones.		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear registro ampliado de sismaule	Planilla Excel del registro ampliado	
2. Retroalimentar al personal clínico del progreso de la medición	Certificado semestral validado por la subdirección médica por dicha retroalimentación	
3. Establecer flujo continuo de la UEH	Resolución exenta de encomendación de funciones	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en Unidad de Emergencia Hospitalaria	Servicio UEH
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Eficiencia Operacional	Optimizar tiempos en base a una atención digna	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la UEH.	
Fórmula:		
Número de pacientes con estadía ≤ 6 horas en UEH adulto y pediátrica en el periodo / Total de pacientes con alta médica atendidos en UEH adulto y pediátrica en el periodo) x 100		
Fuente de Datos:		
Reporte ampliado en atenciones de urgencia desde sismaule.		
Observaciones:		
Este indicador mide el tiempo de permanencia del paciente en el subproceso de atención clínica de urgencia, cuyo límite máximo es de seis horas. Este periodo comienza con la primera interacción del paciente con el equipo de salud tras la categorización y finaliza con el cierre de la atención. Incluye todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, reevaluación e indicaciones.		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear registro ampliado de sismaule	Planilla Excel del registro ampliado	
2. Retroalimentar al personal clínico del progreso de la medición	Certificado semestral validado por la subdirección médica por dicha retroalimentación	
3. Establecer flujo continuo de la UEH	Resolución exenta de encomendación de funciones	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje Consulta Nueva de Especialidad (CNE) resueltas en ≤ 90 días	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Gestión Asistencial	Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Medir y garantizar el acceso oportuno y la eficiencia en la atención de salud ambulatoria de especialidades médicas	
Fórmula:		
$(N^{\circ} \text{ de CNE resueltas en } \leq 90 \text{ días, en el periodo} / \text{Total de CNE resueltas, en el periodo}) \times 100$		
Fuente de Datos:		
SIGTE		
Observaciones:		
<p>Este indicador considera variables tales como reducción de tiempos de espera para pacientes con problemáticas de salud No Ges, equidad en el acceso a las prestaciones, eficiencia de la red sanitaria, y la correspondiente contra derivación al nivel primario para la continuidad del cuidado.</p> <p>La alta demanda social y el alto impacto en la calidad de vida en las personas que esperan una consulta médica del nivel de especialidad son por si solos verdaderos desafíos para determinar metas ambiciosas, aun cuando estas involucren diversos procesos que deben concatenarse para su cumplimiento.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE	
2. Revisar oferta de especialidades médicas	Programación médica validada	
3. Retroalimentar estado listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje intervenciones quirúrgicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Gestión Asistencial	Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Disminuir los tiempos de espera no Ges para intervenciones quirúrgicas	
Fórmula:		
$(N^{\circ}$ cirugías realizadas de pacientes en espera ≤ 180 días, en el periodo / N° total de cirugías electivas realizadas, en el periodo) x 100		
Fuente de Datos:		
SIGTE		
Observaciones:		
Este indicador tiene por finalidad asegurar que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente en un plazo máximo de 180 días. Permite optimizar la gestión de pabellones y reducir la brecha de antigüedad en las listas de espera. Se consideran todas las especialidades médicas que corresponden a la cartera de prestaciones del establecimiento. La meta es que la diferencia sea mayor o igual al 90% comparando con año 2025.		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE	
2. Revisar oferta de horas médicas para pabellón	Programación médica validada	
3. Retroalimentar estado listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje de Consulta Nueva de Especialidad (CNE) Odontológicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Gestión Asistencial	Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Gestionar la demanda asistencial para facilitar el acceso y asegurar atención oportuna de especialidades odontológicas	
Fórmula:		
$(\text{N}^\circ \text{ de casos CNE odontológica realizadas con espera } \leq 180 \text{ días, en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de CNE Odontológica realizadas, en el periodo}) \times 100$		
Fuente de Datos:		
SIGTE		
Observaciones:		
Este indicador busca reducir los tiempos de espera, optimizar la eficiencia de la red y garantizar equidad en el acceso, con especial énfasis en la resolución de casos antiguos. La evaluación incluye todas las especialidades odontológicas de la cartera institucional y tiene como meta alcanzar un incremento del 90% o más respecto al desempeño del año 2025		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE	
2. Revisar oferta de horas especialidades odontológicas	Programación odontológica validada	
3. Retroalimentar estado listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje de Consulta Nueva de Especialidad (CNE) Odontológicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Depto. Gestión de la Producción
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Gestión Asistencial	Gestionar demanda asistencial facilitando el acceso y oportunidad en la atención	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Gestionar la demanda asistencial para facilitar el acceso y asegurar atención oportuna de especialidades odontológicas	
Fórmula:		
$(\text{N}^\circ \text{ de casos CNE odontológica realizadas con espera } \leq 180 \text{ días, en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de CNE Odontológica realizadas, en el periodo}) \times 100$		
Fuente de Datos:		
SIGTE		
Observaciones:		
Este indicador busca reducir los tiempos de espera, optimizar la eficiencia de la red y garantizar equidad en el acceso, con especial énfasis en la resolución de casos antiguos. La evaluación incluye todas las especialidades odontológicas de la cartera institucional y tiene como meta alcanzar un incremento del 90% o más respecto al desempeño del año 2025		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE	
2. Revisar oferta de horas especialidades odontológicas	Programación odontológica validada	
3. Retroalimentar estado listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Entregar atención oportuna, segura y de calidad

Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje de interconsultas resueltas a pacientes hospitalizados	Centro de Responsabilidad Médico
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Evaluar la oportunidad de respuesta de interconsultas de especialidades médicas	
Fórmula:		
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas de pacientes hospitalizados resueltas en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas de pacientes hospitalizados generadas en el periodo}} \right) \times 100$		
Fuente de Datos:		
Informe de reporte interconsultas módulo Hospitalizados de sismaule		
Observaciones:		
<p>Este indicador considera todas las interconsultas resueltas en un rango de 48 horas desde su generación, en pacientes hospitalizados. El tiempo considerado para su medición y monitoreo es de lunes a viernes en horario hábil. Se espera que aumente la proporción de pacientes hospitalizados que reciben atención oportuna y continua, facilitando la toma de decisiones terapéuticas, y por ende con impacto positivo en su estancia y prevención de IAAS.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear de forma diaria interconsultas generadas en pacientes hospitalizados	Registro de interconsultas generadas para cada especialidad médica en atención cerrada	
2. Monitorear y hacer seguimiento de contrarreferencias interconsultas	Reporte interconsultas modulo Hospitalizados sismaule	
Meta 2026: $\geq 90\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje Reducción de Eventos Centinelas	Depto. Calidad y Seguridad del Paciente
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Mejorar la seguridad del paciente mediante la disminución de incidentes graves que causan muerte o serias secuelas físico/psicológico	
Fórmula:		
$\frac{[(\text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo } t-1 - \text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo}) / \text{N}^\circ \text{ de Eventos Centinelas en el periodo } t-1] \times 100}{100}$		
Fuente de Datos:		
SERQ		
Observaciones:		
<p>Este indicador tiene por propósito favorecer la mejora continua, mediante análisis de eventos, detección y prevención de fallas sistémicas críticas, monitorear el impacto de las estrategias preventivas, y fomentar la cultura de seguridad en la organización. Los eventos centinelas impactan negativamente en la víctima directa, en los profesionales relacionados con la atención de salud, y en la institución, provocando una crisis humanitaria, operativa y de confianza comunidad-hospital. Por eso, se espera lograr reducir un 10% con respecto a la línea base, entendiéndose esta como el dato acumulado del 2025.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear eventos centinelas	Reportes eventos centinelas	
2. Analizar ocurrencia eventos centinelas	Planes de mejora eventos centinelas	
3. Auditar casos clínicos	Programa de auditorías clínicas	
Meta 2026: $\geq 10\%$ LB		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje Despacho de recetas de manera total y oportuna en atención abierta y cerrada	Centro de Responsabilidad Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Mensual	Garantizar la seguridad del paciente y asegurar el acceso oportuno a los medicamentos prescritos	
Fórmula:		
<p>Trazadora 1: $(N^{\circ} \text{ de recetas despachadas de manera total y oportuna para la atención abierta en el periodo} / \text{Total de recetas despachadas para la atención abierta en el periodo}) \times 100$</p> <p>Trazadora 2: $(N^{\circ} \text{ de recetas despachadas de manera total y oportuna para la atención cerrada en el periodo} / \text{Total de recetas despachadas para la atención cerrada en el periodo}) \times 100$</p>		
Fuente de Datos:		
REM A04 / Informe de producción emitido por el servicio de Farmacia		
Observaciones:		
<p>Este indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos requeridos para iniciar un tratamiento. Se considera que una receta cumple con este criterio cuando se despacha la totalidad de las dosis y cantidades prescritas el mismo día de la solicitud. En pacientes crónicos, el despacho debe cubrir al menos 30 días, mientras que, en casos de morbilidad aguda, debe asegurar el periodo indicado por el profesional. Se incluyen en esta medición los despachos a domicilio, las estrategias de gestión territorial con otros establecimientos de la red y las entregas en botiquines comunales.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos de atención abierta y cerrada	Informe de Farmacia	
2. Definir stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento	Listado de stock mínimo y crítico actualizado	
Meta 2026: Trazadora N° 1: $\geq 97\%$, Trazadora N° 2: 100%		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuaría	Porcentaje reclamos asociados a trato recibidos en los requerimientos ciudadanos	Depto. Experiencia Usuaría
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Medir y monitorear la incidencia de trato inadecuado mediante los reportes ciudadanos, para identificar y cerrar brechas en la calidad del servicio otorgado	
Fórmula:		
$[(N^{\circ} \text{ reclamos por trato en el periodo } t-1 - N^{\circ} \text{ reclamos por trato en el periodo}) / N^{\circ} \text{ reclamos por trato en el periodo } t-1] \times 100$		
Fuente de Datos:		
Base de datos requerimientos ciudadanos OIRS REM A19b		
Observaciones:		
<p>Los reclamos por trato se subclasifican en: no amable, digno mi respetuoso; discriminatorio; con falta de privacidad; con falta de confidencialidad; sin pertinencia cultural en la atención; sin condiciones para el acompañamiento. La línea base de cálculo será cada mes y total del año 2025, y la meta para este periodo es reducir un 15% o más del referencial.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Realizar informe trimestral con análisis, sobre requerimientos ciudadanos	Informe trimestral OIRS	
2. Realizar informe trimestral de reclamos por trato, por servicios	Informe trimestral OIRS	
3. Retroalimentar a los servicios sobre requerimientos ciudadanos por trimestre y sus análisis	Actas de reuniones de difusión Informes OIRS	
Meta 2026: $\leq 15\%$ de LB		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuarios	Índice de satisfacción usuaria	Depto. Experiencia Usuaria
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Trimestral	Medir la percepción, calidad y experiencia de las personas al interactuar con los servicios otorgados por el hospital	
Fórmula:		
<p>Trazadora 1 Índice de prevalencia positiva: N° felicitaciones / N° reclamos</p> <p>Trazadora 2 Índice de satisfacción sobresaliente: $(N^{\circ}$ de encuestas satisfacción global pregunta específica, respuestas con notas 6 a 7, en el periodo / N° total de encuestas satisfacción global) x 100</p>		
Fuente de Datos:		
Base de datos requerimientos ciudadanos OIRS REM A19b		
Observaciones:		
<p>Este indicador mide el cumplimiento de dos trazadoras. La primera es Índice de prevalencia positiva que relaciona las felicitaciones versus los reclamos, recibidos en los requerimientos ciudadanos.</p> <p>La segunda trazadora es Índice de satisfacción sobresaliente, enfocada en la pregunta específica sobre "Con qué nota evalúa la experiencia completa de esta hospitalización" de la encuesta institucional de satisfacción global.</p> <p>En relación a la meta, para la primera trazadora se espera que las felicitaciones dupliquen los reclamos. En cuanto a la segunda, que el número de encuestas cuyo rango de notas de 6 a 7 en respuesta sobre pregunta específica sea mayor o igual al 85% de las encuestas totales aplicadas.</p>		
Actividades:	Verificables:	
1. Monitorear requerimientos ciudadanos	Informe trimestral OIRS	
2. Aplicar encuesta institucional de satisfacción global	Informe trimestral satisfacción usuaria	
3. Difundir información de experiencia usuaria a la comunidad hospitalaria	Actas o documentos de comunicación interna, de forma semestral	
Meta 2026: Trazadora N° 1: ≥ 2 , Trazadora N° 2: $\geq 85\%$		



Perspectiva:	Indicador:	Responsable:
Usuarios	Clasificación tramo 1 Encuesta Trato Usuario	Depto. Experiencia Usuaría
Estrategia:	Objetivo estratégico:	
Calidad en la atención	Entregar atención oportuna, segura y de calidad	
Frecuencia medición:	Objetivo indicador:	
Anual	Alcanzar el mejor estándar de trato usuario en relación a los hospitales autogestionados del país	
Fórmula:		
Ranking Nacional elaborado por Minsal con resultado por tipo de establecimientos hospitalarios y tramo		
Fuente de Datos:		
Nómina Minsal resultados Encuesta Trato Usuario 2026		
Observaciones:		
El cumplimiento de este indicador se mide a través del ranking nacional generado en la nómina de resultados de la Encuesta Trato Usuario aplicada por Minsal a través de una consultora externa, a todos los hospitales del país, según lo establece la ley N° 20.646. Esta encuesta evalúa la calidad de la atención, en relación a trato digno, respetuoso, entre otros. El resultado genera un incentivo económico para personal auxiliar, técnico, administrativo y profesionales de los Servicios de Salud.		
Actividades:	Verificables:	
1. Definir estrategias de acción para mejorar experiencia usuaria	Plan de trabajo Depto. Experiencia Usuaría	
2. Aplicar Encuesta Trato Usuario 2026	Nómina Minsal con resultados Encuesta Trato Usuario 2026	
3. Difundir resultados Encuesta Trato Usuario 2026	Documento comunicación interna difusión a comunidad hospitalaria	
Meta 2026: 100%		



13. PLAN OPERATIVO

Perspectiva Financiera

Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
1	Eficiencia del gasto en extensión horaria y continuidad de la atención	Depto. Gestión de la Producción	Monitorear gasto en subt 21 en Extensión Horaria y Continuidad de la atención	Reportes trimestrales SIGFE, SIRH
			Monitorear producción asociada a Extensión Horaria y Continuidad de la atención	Informe semestral de producción
2	Porcentaje Ejecución Presupuestaria	Depto. de Finanzas	Establecer presupuesto institucional	Ley de presupuesto 2026
			Monitorear gasto realizado en subt 21 y en subt 22	Reporte SIGFE
3	Eficiencia en la Producción Quirúrgica	Centro de Responsabilidad Quirúrgico	Establecer costos directos e indirectos de pabellón	Reporte financiero de costos de pabellón
			Monitorear producción pabellón	Reporte REM



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
4	Cumplimiento del Plan Anual de Compras	Depto. Adquisiciones	Establecer Plan Anual de Compras	Resolución Exenta aprobatoria Plan Anual de Compras
			Monitorear ejecución Plan Anual de Compras	Reporte ChileCompra
			Monitorear gastos subt 22 de la ejecución presupuestaria	Reporte SIGFE
5	Uso de presupuesto institucional en prestación de servicios a terceros	Depto. de Finanzas	Determinar todas las prestaciones a terceros	Resoluciones aprobatorias de Convenios y/o contratos regulatorios
			Determinar costos por prestaciones convenidas con terceros	Reporte financiero de costos por prestaciones a terceros
			Monitorear ejecución presupuestaria	Reporte SIGFE



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
6	Porcentaje funcionarios capacitados en Innovación digital para la institución	Depto. Desarrollo de las Personas	Definir temas estratégicos de Innovación digital	PAC capacitación en Innovación digital
			Definir masa crítica de funcionarios profesionales susceptibles a capacitar	PAC capacitación en Innovación digital
			Capacitar en temas estratégicos de Innovación digital	Informe de gestión de Capacitaciones (asistencia, notas)
7	Índice de ausentismo laboral	Depto. Calidad de Vida Laboral	Establecer estrategias de abordaje ausentismo laboral según lineamientos Minsal	Resolución Exenta aprobatoria de Plan de Ausentismo laboral
			Monitorear ausentismo	Reporte de gestión local Depto. Calidad de Vida Laboral



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
8	Tasa de cobertura aplicación CEAL-SM	Depto. Calidad de Vida Laboral	Conformar Comité aplicación CEAL-SM	Resolución conformación Comité
			Difundir y sensibilizar objetivos del cuestionario CEAL-SM	Hito comunicación interna difusión aplicación cuestionario CEAL-SM
			Aplicar cuestionario CEAL-SM	Informe SUSESO
			Presentar resultados del alcance (cobertura) cuestionario CEAL-SM	Informe de gestión Depto. Calidad de Vida Laboral
9	Desarrollo de la cultura de Investigación Biomédica en la práctica hospitalaria	Depto. Docencia e Investigación	Monitorear seguimiento de las Investigaciones biomédicas vigentes	Informe de gestión sobre Investigaciones biomédicas vigentes
			Monitorear Investigaciones biomédicas finalizadas en los últimos 5 años	Informe de gestión sobre Investigaciones biomédicas en los últimos 5 años
10	Desarrollo de Simulación clínica como proceso en la cultura organizacional	Depto. Docencia e Investigación	Definir procesos de Simulación clínica a implementar por periodo	Resolución que identifique los procesos de Simulación clínica definidos por la institución para su implementación por periodos
			Monitorear ejecución procesos de Simulación clínica	Reporte de gestión local, Depto. Docencia e Investigación
			Monitorear funcionarios entrenados en procesos de Simulación clínica implementados	Reporte de funcionarios entrenados en Simulación clínica, Depto. Docencia e Investigación



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
11	Porcentaje ejecución cartera de proyectos Innovación digital	Depto. Innovación y Tecnología	Definir cartera de proyectos de Innovación digital	Resolución que defina cartera de proyectos de Innovación digital
			Establecer cronograma de ejecución cartera de proyectos Innovación digital	Carta Gantt
			Monitorear ejecución cartera de proyectos	Informe de gestión local
12	Porcentaje disponibilidad de stock de suministros	Depto. Logístico y Distribución	Registrar nómina suministros programados	Nómina de suministros programados por servicios
			Monitorear existencias en bodegas	Inventarios
			Monitorear existencias en bodegas con un rango de 21 a 45 días de disponibilidad	Reporte gestión local
13	Porcentaje Paquetización de procesos Qx y procedimientos clínicos relevantes	Depto. Logístico y Distribución	Definir paquetes para procesos quirúrgicos	Nómina paquetización
			Definir paquetes para procedimientos clínicos	Nómina paquetización
			Monitorear procesos paquetizados implementados	Reporte gestión local



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
14	Porcentaje ejecución Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de equipos médicos críticos, médicos relevantes, ambulancias e industriales	Deptos. Ingeniería Biomédica / Soporte Operacional / Infraestructura e Instalaciones	Disponer de financiamiento autorizado para mantenimiento preventivo	Presupuesto vigente
			Programar mantenimientos preventivos por categoría, y periódica según aspectos técnicos	Programación de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura, autorizada por resolución
			Monitorear ejecución mantenimiento preventivo	Reporte gestión local
15	Tasa de suspensión de cirugías por fallas en el proceso de esterilización	Centro de Responsabilidad Quirúrgico	Programar tabla quirúrgica	Tabla quirúrgica diaria
			Monitorear motivo suspensiones cirugías	Informe gestión local Centro de Responsabilidad
			Realizar mantenimiento preventivo autoclaves	Plan e informe técnico mantenimiento preventivo autoclaves
16	Índice de estancia media ajustada en GRDs médico-quirúrgicos	Depto. Gestión de la Producción	Monitorear gestión de camas	Reporte gestión de camas
			Planificar alta desde el ingreso	Gestor de casos con temáticas sociales o especiales activo a las 24 a 48 horas del ingreso
			Realizar visitas multidisciplinarias diarias	Reporte en ficha clínica de atenciones médicos especialistas y otros profesionales de forma conjunta para resolver nudos críticos de manera integral



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
17	Porcentaje de Altas antes de las 12 horas en salas de hospitalizados de cuidados medios médico quirúrgicos	Servicios de Hospitalización de Cuidados Medios	Programar las altas médicas el día anterior	Reporte en ficha clínica sobre planificación de alta (epicrisis en proceso, recetas, etc.)
			Coordinar la entrega de medicamentos de alta de forma prioritaria con Farmacia	Reporte de gestión local
			Monitorear la hora de egreso efectivo del paciente de la sala	Reporte sistema informático institucional (hora de egreso / liberación de ...)
18	Tasa de Suspensiones Quirúrgicas por Causas Médicas y de Pacientes	Centro de Responsabilidad Quirúrgico / Depto. Gestión de la Demanda (Preanestesia)	Evaluar a los pacientes programados en policlínico de preanestesia	Reporte de atención en ficha clínica de evaluación preanestésica
			Monitorear la confirmación de la asistencia del paciente a su cirugía	Reporte de gestión local (registro de llamadas u otro medio de contacto)
			Monitorear causales de suspensiones de cirugías por causas médicas o de paciente	Informe de gestión local del Centro de Responsabilidad
19	Tasa de Suspensiones Quirúrgicas por Causas Administrativas y de Institución	Centro de Responsabilidad Quirúrgico / Depto. Gestión de la Producción (Pabellón)	Monitorear la disponibilidad de tablas quirúrgicas oportunas	Tabla quirúrgica aprobada
			Monitorear causales de suspensiones de cirugías por causas administrativas o institucionales	Informe de gestión local del Centro de Responsabilidad
			Realizar reuniones periódicas de programación y evaluación de tabla quirúrgica	Actas de reuniones de tabla quirúrgica



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
20	Porcentaje de pacientes atendidos dentro del estándar en UEH (≤ 6 HORAS)	Servicio UEH	Monitorear registro ampliado de sismaule	Planilla excel del registro ampliado
			Retroalimentar al personal clínico del progreso de la medición	Certificado semestral validado por la subdirección médica por dicha retroalimentación
			Establecer flujo continuo de la UEH	Resolución exenta de encomendación de funciones
21	Porcentaje abandono de pacientes del proceso de atención médica en UEH	Servicio UEH	Contar con médico segmentador para la categorización de pacientes	Certificado validado por médico jefe de UEH
			Monitorear registro ampliado de sismaule	Planilla excel del registro ampliado
			Retroalimentar al personal clínico del progreso de la medición	Certificado semestral validado por la subdirección médica por dicha retroalimentación
22	Porcentaje CNE resultas en ≤ 90 días	Depto. Gestión de la Producción	Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE
			Revisar oferta de especialidades médicas	Programación médica validada
			Retroalimentar estado de listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital
23	Porcentaje intervenciones quirúrgicas atendidas en ≤ 180 días de espera	Depto. Gestión de la Producción	Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE
			Revisar oferta de horas médicas para pabellón	Programación médica validada
			Retroalimentar estado de listas de espera a autoridad	Actas reuniones con Director Hospital



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	
			2026	Verificables
24	Porcentaje CNE Odontológicas	Depto. Gestión de la Producción	Monitorear gestión de listas de espera	Actualización constante SIGTE
25	Porcentaje interconsultas resueltas a pacientes hospitalizados	Centro de Responsabilidad Médico	Monitorear de forma diaria interconsultas generadas en pacientes hospitalizados	Registro de interconsultas generadas para cada especialidad médica en atención cerrada
			Monitorear y hacer seguimiento de contrarreferencias interconsultas	Reporte interconsultas módulo Hospitalizados sismaule
26	Porcentaje reducción de Eventos Centinelas	Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	Monitorear eventos centinelas	Reporte eventos centinelas
			Analizar ocurrencia eventos centinelas	Planes de mejora eventos centinelas
			Auditar casos clínicos	Programa de auditorías clínicas
27	Porcentaje despacho de recetas de manera total y oportuna en atención abierta y cerrada	Centro de Responsabilidad Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Implementar un sistema de registro de la demanda de fármacos de atención abierta y cerrada	Informe de Farmacia
			Definir stock mínimo y crítico de medicamentos junto a un sistema de reposición de stock que responda a la complejidad del establecimiento	Listado de stock mínimo y crítico actualizado



Nº	INDICADOR	Responsable	ACTIVIDADES	Verificables
28	Porcentaje de reclamos asociados a trato, recibidos en los requerimientos ciudadanos	Depto. Experiencia Usuaría	Realizar informe trimestral con análisis, sobre requerimientos ciudadanos	Informe trimestral OIRS
			Realizar informe trimestral de reclamos por trato, por servicios	Informe trimestral OIRS
			Retroalimentar a los servicios sobre requerimientos ciudadanos por trimestre y sus análisis	Actas de reuniones de difusión Informes OIRS
29	Índice satisfacción usuaria	Depto. Experiencia Usuaría	Monitorear requerimientos ciudadanos	Informe trimestral OIRS
			Aplicar encuesta institucional de satisfacción usuaria	Informe trimestral satisfacción usuaria
			Difundir información de experiencia usuaria a la comunidad hospitalaria	Actas o documentos de comunicación interna, de forma semestral
30	Clasificación tramo 1 Encuesta Trato Usuario	Depto. Experiencia Usuaría	Definir estrategias de acción para mejorar experiencia usuaria	Plan de trabajo Depto. Experiencia Usuaría
			Aplicar Encuesta Trato Usuario 2026	Nómina Minsal con resultados Encuesta Trato Usuario 2026
			Difundir resultados Encuesta Trato Usuario 2026	Documento comunicación interna difusión comunidad hospitalaria



www.hospitalcurico.gob.cl



