



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028

Hospital Traumatólogo de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Lo que hemos construido en este proceso es mucho más que un documento. Es la expresión de lo que soñamos como hospital y del compromiso verdadero que cada uno de ustedes pone cada día para cuidar, acompañar y transformar la vida de nuestros pacientes.

Cada jornada de participación, cada conversación sincera y cada idea compartida con generosidad, nos permitió imaginar juntos un camino común hacia el hospital que queremos ser: un lugar de excelencia, moderno, autogestionado y profundamente humano, donde cada persona que llega se sienta acogida, respetada y bien cuidada.

Un hospital que avanza con claridad hacia un sueño mayor: convertirnos en líderes de la traumatología a nivel nacional, con un modelo de atención integral, resolutive y de alto estándar.

Nuestra Planificación Estratégica 2025-2028 no nace de escritorios aislados, sino del corazón y la experiencia de todos y todas quienes forman esta gran institución. Es fruto de su compromiso, de su esfuerzo y de la convicción de que siempre podemos servir mejor.

Gracias a cada funcionario y funcionaria, a las asociaciones gremiales, a nuestra comunidad, al Servicio de Salud Concepción, a los directores de la red y a nuestras autoridades. Un reconocimiento especial a la Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo del HTC, por liderar este proceso con rigor técnico, visión estratégica y un acompañamiento permanente que permitió consolidar este trabajo colectivo.

Gracias por creer, por participar y por poner a nuestros pacientes en el centro de cada decisión. Ellos son el motivo de todo lo que hacemos.

Porque juntos construimos, día a día, el hospital que soñamos, el hospital que nuestra comunidad merece y el hospital que aspira a liderar la traumatología en Chile.



Edwin Ñanco Solar

Director Hospital Traumatólogo de Concepción

INTRODUCCIÓN

La Planificación Estratégica 2025–2028 del Hospital Traumatólogo de Concepción constituye el instrumento rector que orienta las prioridades institucionales para los próximos cuatro años, alineando la gestión clínica, financiera, administrativa y de desarrollo de personas con las directrices definidas por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Concepción. Este documento da continuidad al proceso de fortalecimiento institucional iniciado en ciclos previos y se consolida como una herramienta de gestión dinámica, sustentada en evidencia, participación y análisis crítico del desempeño institucional.

El Hospital Traumatólogo de Concepción es un establecimiento público, monográfico y asistencial docente, especializado en traumatología y ortopedia, que brinda atención a personas de 15 años y más. Su carácter estratégico radica en que constituye el único hospital de esta especialidad existente fuera de la Región Metropolitana, concentrando la referencia traumatológica compleja para la macrozona sur del país. Este rol clínico, sustentado en una trayectoria asistencial de más de cinco décadas, ha consolidado al establecimiento como nodo de resolución quirúrgica y de rehabilitación funcional dentro de la red asistencial.

La elaboración de esta planificación consideró un proceso metodológico integral que incorporó diagnóstico territorial, caracterización de la red asistencial, revisión del marco normativo, análisis epidemiológico y evaluación del desempeño institucional, junto con la sistematización de encuestas aplicadas a funcionarios, jefaturas y usuarios. Sobre esta base se desarrolló un análisis PESTEL, la construcción de un diagnóstico FODA y la definición de estrategias institucionales orientadas a fortalecer la capacidad resolutive.

Como resultado, se actualizaron la misión y visión institucional, se definieron cinco dimensiones estratégicas prioritarias, se estructuró un mapa estratégico y se diseñó un sistema de indicadores con sus respectivos planes de acción. Finalmente, se incorporó un Plan de Cambio Organizacional que regula los mecanismos de gobernanza, seguimiento y mejora continua.

Esta planificación establece una mirada proyectiva: avanzar hacia un hospital de alta complejidad, autogestionado y con capacidad docente, consolidando una gestión eficiente, una articulación robusta en red y un modelo asistencial centrado en la calidad, la seguridad y la experiencia de pacientes y comunidades. En ese sentido, este documento se proyecta como una hoja de ruta compartida, orientada a la toma de decisiones, a la optimización de recursos y al fortalecimiento progresivo del rol estratégico del Hospital Traumatólogo de Concepción en el sistema público de salud.

CONTENIDO

CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	10
1.1 Entorno Territorial y Determinantes Sociales de la Salud	11
1.1.1 Nivel de Ingreso	12
1.1.2 Educación.....	13
1.1.3 Ocupación	15
1.1.4 Estilos de Vida y Factores de Riesgo	16
1.1.5 Morbilidad por enfermedades No Transmisibles.....	19
CAPITULO II. RED ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN	21
2.1 Red Asistencial Región del Bio Bío	22
2.2 Red Asistencial del Servicio de Salud Concepción	24
2.2.1 Descripción estructural de la Red Asistencial.....	24
2.2.2 Mapa de Derivación de la Red.....	29
CAPITULO III. MARCO LEGAL	32
CAPÍTULO IV. DIAGNÓSTICO HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO	36
4.1 Descripción y Diagnóstico del Hospital Traumatólogo de Concepción.....	37
4.2 Evolución de Indicadores.....	41
4.3 Indicadores de gestión y eficiencia hospitalaria (GRD) del Hospital Traumatólogo de Concepción 2023-2024.....	54
4.4 Evaluación Global de la Gestión Hospitalaria 2023–2024	57
4.5 Estructura organizacional	62
4.5.1 Dirección	67
4.5.2 Subdirección Médica	72
4.5.3 Subdirección de Gestión del Cuidado	77
4.5.4 Subdirección Administrativa	82
4.5.5 Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas	88
4.6 Evaluación del Plan Estratégico 2021-2024	94
4.6.1 Lineamiento Estratégico 1	98
4.6.2 Lineamiento Estratégico 2	99
4.6.3 Lineamiento Estratégico 3	100

4.6.4 Lineamiento Estratégico 4	101
4.6.5 Lineamiento Estratégico 5	103
4.7 Clima Organizacional	104
4.7.1 Resultados de encuesta a funcionarios y funcionarias	104
4.7.2 Resultados de encuesta a jefaturas.....	111
4.7.3 Conclusiones generales.....	116
4.8 Satisfacción Usuaría.....	118
4.9 Análisis PESTEL.....	120
4.9.1 Contexto Político-Público	120
4.9.2 Contexto Económico	121
4.9.3 Contexto Social	122
4.9.4 Contexto Tecnológico	122
4.9.5 Contexto Factor Ambiental.....	123
4.9.6 Contexto Legal	123
4.10 Análisis interno FODA.....	125
4.10.1 Resultados generales.....	126
4.10.2 Análisis Interno	126
4.10.3 Análisis Externo	128
4.10.4 Matriz FODA.....	131
4.10.5 Matriz de estrategias	132
CAPÍTULO V. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028 HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DE CONCEPCIÓN	133
5.1 Metodología para la Definición de Misión, Visión y Valores	134
5.1.1 PRIMERA JORNADA: Definiciones Estratégicas (Misión, Visión y Valores)	134
5.1.2 SEGUNDA JORNADA: Análisis Estratégico y Mapa Estratégico	135
5.1.3 TERCERA JORNADA: Definición de Indicadores	136
5.1.4 CUARTA JORNADA: Presentación del Plan Estratégico	137
5.2 MISIÓN	138
5.3 VISIÓN	139
5.4 VALORES	140
5.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	141

5.6 MAPA ESTRATÉGICO	143
5.7 MODELO LÓGICO DE DESPLIEGUE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	144
5.8 INDICADORES Y PLAN DE ACCIÓN	146
5.8.1 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Sustentabilidad Financiera y Eficiencia Operacional	148
Ficha Indicador 1.1	149
Plan de Acción Indicador 1.1	150
Ficha Indicador 1.2	151
Plan de Acción Indicador 1.2	152
Ficha Indicador 1.3	153
Plan de Acción Indicador 1.3	154
5.8.2 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Participación y Satisfacción Usuaría.....	155
Ficha Indicador 2.1	156
Plan de Acción Indicador 2.1	157
Ficha Indicador 2.2	158
Plan de Acción Indicador 2.2	159
Ficha Indicador 2.3	160
Plan de Acción Indicador 2.3	161
5.8.3 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gestión de Personas (Aprendizaje y Desarrollo)	162
Ficha Indicador 3.1	163
Plan de Acción Indicador 3.1	164
Ficha Indicador 3.2	165
Plan de Acción Indicador 3.2	166
Ficha Indicador 3.3	167
Plan de Acción Indicador 3.3	168
5.8.4 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gestión Clínica y Calidad Asistencial (Gestión de Asistencia en RED).....	169
Ficha Indicador 4.1	170
Plan de Acción Indicador 4.1	171
Ficha Indicador 4.2	172

Plan de Acción Indicador 4.2	173
Ficha Indicador 4.3	174
Plan de Acción Indicador 4.3	175
Ficha Indicador 4.4	176
Plan de Acción Indicador 4.4	177
Ficha Indicador 4.5	178
Plan de Acción Indicador 4.5	179
Ficha Indicador 4.6	180
Plan de Acción Indicador 4.6	181
Ficha Indicador 4.7	182
Plan de Acción Indicador 4.7	183
5.8.5 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gobernanza, Autogestión y Proyectos Estratégicos (Proceso Internos/Financiero)	184
Ficha Indicador 5.1	185
Plan de Acción Indicador 5.1	186
Ficha Indicador 5.2	187
Plan de Acción Indicador 5.2	188
Ficha Indicador 5.3	189
Plan de Acción Indicador 5.3	191
Ficha Indicador 5.4	192
Plan de Acción Indicador 5.4	194
Ficha Indicador 5.5	196
Plan de Acción Indicador 5.5	198
Ficha Indicador 5.6	199
Plan de Acción Indicador 5.6	200
Ficha Indicador 5.7	201
Plan de Acción Indicador 5.7	202
CAPITULO VI. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 2025-2028	203
6.1 Marco Metodológico	205
6.2 Gobernanza del Cambio Organizacional	206
6.2.1 Roles y estructuras principales	206

6.2.2 Objetivos de Cambio Organizacional	208
6.2.3 Descripción de Portafolios.....	212
6.3 Cronograma de implementación 2025–2028	215
6.4 Consideraciones para la Gestión del Cambio.....	219
6.5 Sistema de monitoreo, evaluación y mejora continua	220
CONCLUSIONES	222
PROCESO PARTICIPATIVO	224
Jornada 1.....	225
Jornada 2.....	226
Jornada 3.....	227
Jornada 4.....	228

TABLAS

Tabla N°1: Caracterización determinantes sociales pobreza e ingreso.....	13
Tabla N°2: Caracterización determinantes sociales Educación	14
Tabla N°3: Caracterización determinantes sociales Ocupación	16
Tabla N°4: Estilos de Vida y Factores de Riesgo (PBC).....	18
Tabla N°5: Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles.....	20
Tabla N°6: Servicios de Salud Región del Biobío y su Área de Cobertura	22
Tabla N°7: Número de Establecimientos de salud por tipo, vigentes al 12/08/2025...	23
Tabla N°8: Diseño por Nodos Servicio de Salud Concepción 2022	27
Tabla N°9: Dotación de Camas por establecimiento según año. SS Concepción	28
Tabla N°10: Esquema de Mapa de Derivación, Red Asistencial Concepción, Especialidades / Áreas Seleccionadas por Nudo Crítico. 2022	30
Tabla N°11: Intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención 2023-2024	44
Tabla N°12: Egresos del Periodo 2023-2024, actividad Hospitalización	46
Tabla N°13: Producción de Kinesiología y Terapia Ocupacional, atención abierta y cerrada, 2023–2024	49

Tabla N°14: Caracterización de beneficiarios FONASA en la Región del Biobío (2024)	53
Tabla N°15: Evolución de indicadores GRD 2021-2024, Hospital Traumatólogo de Concepción	55
Tabla N°16: Distribución de dotación 2024	90
Tabla N°17: Comportamiento de ausentismo de las especialidades con mayor incidencia 2023-2024	91
Tabla N°18: Resumen Cumplimiento por Línea Estratégica	95
Tabla N°19: Indicadores de Bajo Cumplimiento	96
Tabla N°20: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°1	98
Tabla N°21: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°2	99
Tabla N°22: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°3	100
Tabla N°23: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°4	101
Tabla N°24: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°5	103

GRÁFICOS

Gráfico N°1: Días de Cama Disponible 2023 – 2024	42
Gráfico N°2: Intervenciones quirúrgicas 2023-2024	43
Gráfico N°3: Producción – Suspensiones 2023-2024	44
Gráfico N°4: Atención Cerrada	47
Gráfico N°5: Atención traumatológica Ambulatoria	51
Gráfico N°6: Radiografías	52
Gráfico N°7: Porcentaje de Cumplimiento por Lineamiento Estratégico	95
Gráfico N°8: Brechas de Indicadores Claves	97
Gráfico N°9: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito organizacional (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	106
Gráfico N°10: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de liderazgo y conducción de equipos (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	108
Gráfico N°11: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de equipo de trabajo y clima laboral (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	109

Gráfico N°12: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de autoevaluación (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	111
Gráfico N°13: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito organizacional (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	113
Gráfico N°14: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito de liderazgo y conducción de equipos (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	114
Gráfico N°15: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito de autoevaluación (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)	116

FIGURAS

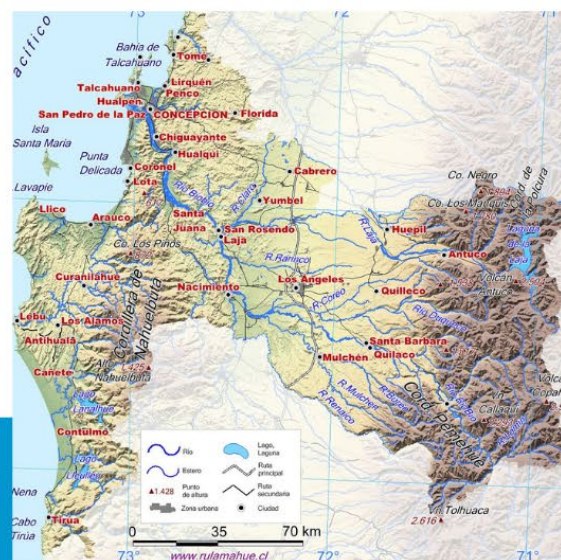
Figura N°1: Organigrama General Hospital Traumatólogo de Concepción Vigente en 2025	64
Figura N°2: Organigrama Subdirección Médica 2025	72
Figura N°3: Organigrama Subdirección Gestión del Cuidado 2025	77
Figura N°4: Organigrama Subdirección Administrativa 2025	83
Figura N°5: Organigrama Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas, 2025	89

ANEXOS

PROCESO PARTICIPATIVO	224
Jornada 1.....	225
Jornada 2.....	226
Jornada 3.....	227
Jornada 4.....	228

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO TERRITORIAL



DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 Entorno Territorial y Determinantes Sociales de la Salud

El Hospital Traumatólogo de Concepción se encuentra ubicado en la región del Biobío la que, de acuerdo con los resultados del Censo 2024, alcanzó una población total de 1.613.059 habitantes, lo que representa el 8,7 % del total nacional estimado en 18,48 millones de personas confirmando a la región como uno de los polos demográficos más relevantes del país. En cuanto a la distribución por sexo, los tabulados del censo registran 775.495 hombres y 837.564 mujeres, lo que equivale a una razón de 92,6 hombres por cada 100 mujeres. Se observa, por tanto, un predominio femenino sostenido que se manifiesta en prácticamente todos los tramos etarios. Este fenómeno demográfico cobra mayor relevancia al analizar la composición de la población adulta mayor, donde la diferencia por género aumenta.

La población de 65 años y más en la región asciende a 237.831 personas, equivalentes al 14,7 % del total regional. Al interior de este grupo, se cuentan 134.024 mujeres frente a 103.807 hombres, confirmando una marcada feminización del envejecimiento. El índice de envejecimiento pasó de 19,2 en 1992 a 84,1 en 2024, reflejando un proceso acelerado de envejecimiento poblacional con implicancias en los ámbitos social, sanitario y económico. Dentro de este contexto regional, la provincia de Concepción se erige como la unidad territorial más poblada, integrando doce comunas: Concepción, Coronel, Chiguayante, Florida, Hualpén, Hualqui, Lota, Penco, San Pedro de la Paz, Santa Juana, Talcahuano y Tomé. El Censo 2024 reporta un total de 1.025.448 habitantes en la provincia.

La distribución por sexo en la provincia mantiene el patrón regional: 490.776 hombres y 534.672 mujeres, lo que implica una razón de 91,8 hombres por cada 100 mujeres. Este predominio femenino, nuevamente, se acentúa en los tramos de mayor edad. De hecho, la población de 65 años o más asciende en la provincia a 150.350 personas, cifra que equivale al 14,7 % del total provincial. Dentro de este segmento, 87.032 son mujeres y 63.318 son hombres, lo que confirma el peso relativo de las mujeres en la estructura demográfica del territorio.

1.1.1 Nivel de Ingreso

En el marco del análisis de los determinantes sociales de la pobreza e ingreso, la evidencia estadística revela una marcada heterogeneidad territorial al interior de la Región del Biobío, particularmente en la provincia de Concepción. La región en su conjunto exhibe un 13% de pobreza por ingresos y un 17% de pobreza multidimensional, lo que confirma que la vulnerabilidad de los hogares no se limita únicamente a la insuficiencia de recursos monetarios, sino que se extiende a privaciones en áreas críticas como salud, educación, vivienda y trabajo. Este escenario se complejiza al observar que comunas como Florida, Hualqui y Santa Juana alcanzan niveles de pobreza multidimensional superiores al 19%, llegando incluso a un 27,4% en el caso de Florida, lo que las sitúa como territorios con serias limitaciones en acceso y calidad de servicios básicos.

En contraposición, las comunas urbanas del eje metropolitano —Concepción, Chiguayante y San Pedro de la Paz— muestran tasas más bajas de pobreza y niveles de ingreso promedio superiores al promedio regional. Este patrón se explica por su condición de polos urbanos, con mayor diversificación productiva, presencia de empleo formal, oferta educativa y sanitaria, y mejor conectividad. Por ejemplo, Chiguayante alcanza un ingreso promedio de \$1.304.229 por hogar, casi el doble de lo observado en comunas rurales como Florida o Hualqui, cuyos ingresos rondan los \$670.000. Estas brechas económicas son reflejo de desigualdades estructurales en el mercado laboral y de la concentración de oportunidades en áreas urbanas.

Otro aspecto que evidencia la persistencia de la desigualdad es el porcentaje de población en los tramos de mayor vulnerabilidad del Registro Social de Hogares (0–40%). Mientras la media regional es 56,4%, comunas como Florida, Santa Juana y Hualqui superan el 64%, lo que denota una alta dependencia de transferencias estatales y limitada capacidad de autonomía económica. En contraste, Concepción alcanza solo un 46,2%, cifra consistente con su mejor desempeño en ingresos y menor prevalencia de pobreza multidimensional. El caso de Lota resulta paradigmático: presenta 18,1% de pobreza por ingresos y 17,5% multidimensional, acompañado de bajos ingresos promedio (\$727.020) y un 59% de hogares en alta vulnerabilidad, lo que refleja los efectos históricos de la reconversión productiva fallida y la precarización del empleo.

En síntesis, la provincia de Concepción expresa un patrón dual de desarrollo, por un lado, áreas urbanas dinámicas con mejores indicadores socioeconómicos; y por otro, comunas rurales y de reconversión industrial atrapadas en círculos de pobreza persistente. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el bienestar, este diagnóstico confirma que la superación de la pobreza en el territorio no puede

limitarse a políticas de ingreso, sino que requiere intervenciones integrales que fortalezcan el acceso a servicios, la infraestructura social y las oportunidades laborales, especialmente en aquellas comunas con mayor rezago estructural.

Tabla N°1: Caracterización determinantes sociales pobreza e ingreso

Comuna	Pobreza x Ingreso	Pobreza Multidimensional	Promedio Ingreso Monetario del Hogar	Porcentaje RSH 0% -40% Mayor Vulnerabilidad
Región del Biobío	13%	17%	1.195.876	56,4%
Concepción	7,7%	11,5%	1.247.273	46,2%
Coronel	11,4%	13,6%	1.025.808	57,7%
Chiguayante	8,7%	10,9%	1.304.229	52,0%
Florida	15,9%	27,4%	670.732	68,7%
Hualqui	12,9%	20,9%	671.644	64,6%
Lota	18,1%	17,5%	727.020	59,0%
San Pedro de la Paz	12,2%	9,5%	1.286.678	50,0%
Santa Juana	15,5%	19,3%	748.246	66,0%

Fuente: Fichas comunales de Salud, Seremi Salud Región del Biobío, 2024

1.1.2 Educación

El análisis de los indicadores educativos de la provincia de Concepción pone en evidencia una profunda inequidad que se correlaciona estrechamente con los determinantes socioeconómicos y la ruralidad, previamente constatados en los datos de pobreza e ingreso. La primera dimensión, el promedio de años de escolaridad, muestra una clara segmentación territorial. Las comunas de mayor desarrollo urbano y dinamismo económico, como Concepción (13,4 años) y San Pedro de la Paz (13,1 años), superan holgadamente el promedio regional de 11,8 años, lo que evidencia la capacidad de estos territorios para ofrecer trayectorias educativas más largas y completas. En contraposición, comunas como Florida (8,8 años), Hualqui (9,7 años) y Lota (10,2 años) exhiben un rezago considerable, lo que implica que una parte significativa de su población adulta no alcanza a completar la enseñanza media, reproduciendo brechas estructurales que limitan sus oportunidades laborales y sociales.

La segunda dimensión, vinculada a la culminación de la enseñanza obligatoria, profundiza este diagnóstico. Mientras Florida presenta un alarmante 57,9% de su población de 18 años y más con educación media incompleta o inferior, cifra muy por

encima del promedio regional (32,7%), las comunas de Concepción y San Pedro de la Paz exhiben solo un 22,1%, consolidando su posición como polos de mejor desempeño educativo. Esta diferencia refleja no solo la disponibilidad de establecimientos y programas educativos, sino también el efecto de la concentración de servicios y capital social en los territorios urbanos respecto de las comunas rurales y periféricas.

El tercer ámbito de análisis, referido a los resultados de la Prueba de Acceso a la Educación Superior (PAES), entrega información crítica sobre la capacidad de los estudiantes para transitar hacia la educación terciaria. Con un promedio regional de 619 puntos, San Pedro de la Paz (656,5) y Chiguayante (642,6) destacan con puntajes significativamente superiores, situándose incluso por sobre Concepción (639,7). En contraste, comunas vulnerables como Lota (594,8) y Santa Juana (596,2) se ubican bajo el promedio regional, consolidando un círculo de exclusión educativa que reduce las posibilidades de movilidad social.

En conjunto, los indicadores analizados confirman que las comunas rurales y de menor ingreso —Florida, Hualqui, Lota y Santa Juana— concentran los mayores déficits educativos, lo que contribuye a perpetuar las desigualdades sociales, económicas y también de salud. Tal como se plantea en la evidencia internacional y en la literatura sobre determinantes sociales, un mayor nivel educativo está fuertemente asociado con mejores resultados sanitarios y con mayores probabilidades de inserción laboral y autonomía económica. Por ello, la persistencia de estas brechas educativas en el territorio no solo representa un problema de equidad en el acceso a la educación, sino que se configura como un factor crítico en la reproducción de la pobreza y en la limitación del bienestar integral de la población.

Tabla N°2: Caracterización determinantes sociales Educación

Comuna	Promedio de años de escolaridad	Porcentaje población 18+ con educación media incompleta	Puntaje comunal PAES (puntos)
Región del Biobío	11,8	32,7%	619
Concepción	13,4	22,1%	639,7
Coronel	11,6	33,3%	598,4
Chiguayante	12,7	26,4%	642,6
Florida	8,8	57,9%	600,7
Hualqui	9,7	46,2%	606,1
Lota	10,2	48,7%	594,8
San Pedro de la Paz	13,1	22,1%	656,5
Santa Juana	10,6	36,7%	596,2

Fuente: Fichas comunales de Salud, Seremi Salud Región del Biobío, 2024

1.1.3 Ocupación

El análisis de la determinante social de la ocupación en la provincia de Concepción revela una marcada desigualdad entre las comunas de perfil urbano y aquellas con fuerte componente rural o histórico de vulnerabilidad. En las primeras — Concepción, Chiguayante y San Pedro de la Paz— las tasas de ocupación se sitúan por sobre el promedio regional, alcanzando hasta un 56,1%, mientras que en las segundas —Lota, Hualqui, Florida y Santa Juana— se observa una baja participación laboral, con casos críticos como Lota (40,4%) y Hualqui (41,9%). Esta última comuna presenta, además, la tasa más alta de inactividad (55,1%), lo que significa que más de la mitad de su población en edad productiva permanece fuera del mercado de trabajo.

En relación con la desocupación, los niveles más preocupantes se concentran en las comunas periféricas, encabezadas por Santa Juana (8,4%) y Lota (8,1%), lo que refleja un escenario de menor dinamismo económico y limitadas oportunidades laborales. A ello se suma una mayor precariedad en las condiciones de empleo: la proporción de trabajadores sin contrato formal alcanza cifras cercanas al doble del promedio regional en Santa Juana (21,2%) y Florida (20,1%), confirmando la prevalencia de empleos informales e inestables. En contraste, Chiguayante (9,5%) y San Pedro de la Paz (11,2%) presentan los menores niveles de informalidad, coherentes con mercados laborales más estructurados.

El ingreso imponible promedio refuerza estas diferencias. Comunas como Concepción (\$1.389.757) y San Pedro de la Paz (\$1.380.599) superan con holgura el promedio regional de \$1.182.700, mientras que Florida (\$932.806) se ubica un 21% por debajo, evidenciando una baja capacidad económica asociada a la ruralidad y a déficits educativos.

En conjunto, estos datos permiten concluir que la precariedad laboral — manifestada en bajas tasas de ocupación, mayor desempleo e informalidad— constituye un rasgo estructural de las comunas periféricas y rurales, con impacto directo en la generación de ingresos y, en consecuencia, en el acceso desigual a los recursos que configuran los determinantes sociales de la salud.

Tabla N°3: Caracterización determinantes sociales Ocupación

Comuna	Ocupados	Tasa de Desocupación	Población Inactiva	Trabajo Informal	Promedio Ingreso Imponible
Región del Biobío	50,4%	8,5%	N/A	12,3%	\$1.182.700
Concepción	54,6%	4,6%	42,6%	14,7%	\$1.389.757
Coronel	51,9%	4,7%	45,5%	11,4%	\$1.144.920
Chiguayante	55,1%	4,2%	43,2%	9,5%	\$1.286.479
Florida	47,5%	5,8%	49,1%	20,1%	\$932.806
Hualqui	41,9%	6,0%	55,1%	16,8%	\$1.000.958
Lota	40,4%	8,1%	53,3%	14,3%	\$1.022.954
San Pedro de la Paz	56,1%	5,5%	41,3%	11,2%	\$1.380.599
Santa Juana	48,3%	8,4%	45,6%	21,2%	\$1.016.024

Fuente: Fichas comunales de Salud, Seremi Salud Región del Biobío, 2024

1.1.4 Estilos de Vida y Factores de Riesgo

El análisis de los estilos de vida y factores de riesgo en el área de cobertura del Servicio de Salud Concepción, donde se inserta el Hospital Traumatólogo de Concepción, permite identificar un patrón de riesgo epidemiológico que atraviesa de manera desigual las distintas comunas. La malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) constituye el problema más extendido, con prevalencias superiores al 64% en todas las comunas y con cifras críticas en Florida (74,5%), Lota (73,4%) y Santa Juana (72,8%). Incluso en las comunas con mejores resultados relativos, como Concepción (64,9%) y Chiguayante (66,5%), los valores se mantienen en niveles preocupantes, lo que confirma la persistencia de un entorno alimentario y social que favorece la obesidad como factor de riesgo estructural. De la población en control de menos de 6 años en el área de cobertura del SSC, el 37,4% tiene sobre peso a obesidad severa y el 60% en la población adulta mayor (DEIS, 2025).

El tabaquismo y consumo de alcohol exhiben diferencias territoriales relevantes. En comunas urbanas como Chiguayante (18,9%), Hualqui (17,1%) y Concepción (16,1%), el hábito tabáquico alcanza niveles que superan con creces el promedio regional reportado por los programas de salud. En contraste, Santa Juana (9,0%) y San Pedro de la Paz (10,9%) presentan proporciones más bajas, lo que podría asociarse a factores culturales y al menor acceso a tabaco en áreas rurales. El consumo problemático de alcohol y otras sustancias, aunque bajo en general, presenta focos de preocupación en comunas como Chiguayante (4,2%), mientras que Santa Juana (0,6%) y Coronel (0,9%) reportan las cifras más reducidas.

En el ámbito de los factores protectores, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses muestra coberturas insuficientes, muy por debajo de la meta sanitaria del 50%. Concepción (48,5%) es la única comuna que se aproxima a este objetivo, mientras que Florida (13,4%), Lota (12,5%) y Santa Juana (7,6%) se encuentran en los niveles más bajos, reflejando dificultades estructurales en el acompañamiento a la maternidad y la crianza en territorios periféricos.

A nivel regional (Biobío) aproximadamente 46,2% de los pacientes bajo control en el PSCV se clasifican con riesgo cardiovascular alto, mientras que cerca de 25,8% tienen riesgo moderado. Estas proporciones de riesgo se ven reflejadas de forma similar en las comunas; por ejemplo, la comuna de Alto Biobío presenta un 45,5% de pacientes con riesgo alto (frente al 46,2% regional) y un 33,1% con riesgo moderado (frente al 25,8% regional).

En cuanto a la Hipertensión Arterial, los datos muestran que alrededor de *tres de cada cuatro* pacientes del programa presentan este diagnóstico. A nivel regional, el 75,4% de la población bajo control en el PSCV tiene hipertensión. Comunas específicas mantienen cifras en ese orden de magnitud; por ejemplo, en Concepción aproximadamente 77,5% de los pacientes en el programa son hipertensos.

Finalmente, la carga de enfermedades cardiovasculares y metabólicas para personas bajo control es elevada en todo el territorio, con tasas de hipertensión que superan el 70%, alcanzando un máximo de 77,5% en Concepción. El riesgo cardiovascular alto se concentra en Coronel (48,6%) y Lota (48,2%), mientras que la dislipidemia muestra una gran dispersión, con cifras extremas en Chiguayante (60,5%) y Santa Juana (57,9%) frente a un mínimo en Florida (34,3%). Estos datos confirman que, además de los factores de riesgo conductuales, existen determinantes estructurales que inciden en la consolidación de la enfermedad crónica como problema central de salud.

Tabla N°4: Estilos de Vida y Factores de Riesgo (PBC)

Comuna	Malnutrición por Exceso (MNPE) +15	Hábito Tabáquico (% de la PBC)	Consumo de Alcohol (% de la PBC)	Cobertura Lactancia Materna Exclusiva (6 meses)	Riesgo Cardiovascular Alto (% Total PBC)	Hipertensión (% Total PBC)	Dislipidemia (% Total PBC)
Concepción	64,9%	16,1%	3,5%	48,5%	45,6%	77,5%	45,2%
Coronel	72,1%	15,8%	0,9%	15,4%	48,6%	74,4%	40,9%
Chiguayante	66,5%	18,9%	4,2%	15,7%	48,1%	73,5%	60,5%
Florida	74,5%	7,7%	3,8%	13,4%	33,2%	71,3%	34,3%
Hualqui	69,4%	17,1%	3,9%	13,7%	47,3%	71,8%	55,7%
Lota	73,4%	12,7%	2,3%	12,5%	48,2%	70,2%	53,2%
San Pedro de la Paz	70,9%	10,9%	2,5%	16,9%	47,9%	72,2%	52,0%
Santa Juana	72,8%	9,0%	10,6%	7,6%	41,3%	73,3%	57,9%

Fuente: Fichas comunales de Salud, Seremi Salud Región del Biobío, 2024

1.1.5 Morbilidad por enfermedades No Transmisibles

El análisis de la morbilidad asociada a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el área de cobertura del Servicio de Salud Concepción durante el quinquenio 2018–2022 indica la magnitud del problema crónico en la población bajo control (PBC) del Programa de Salud Cardiovascular. La hipertensión arterial (HTA) se consolida como la condición más prevalente en todas las comunas, con cifras que alcanzan un 77,5% en Concepción, superando el promedio regional de 75,4%. La dislipidemia exhibe prevalencias críticas en Chiguayante (60,5%) y Santa Juana (57,9%), por sobre la media regional de 50,4%, mientras que la diabetes mellitus (DM) alcanza su punto más alto en Coronel (44,6%) y el más bajo en Florida (30,9%). Asimismo, los eventos cardiovasculares agudos muestran cargas significativas en las comunas de San Pedro de la Paz lidera con un 5,0% de enfermedad cerebrovascular y, junto a Lota, presenta las mayores proporciones de antecedentes de infarto agudo al miocardio (4,2%). Estos indicadores confirman que las ENT constituyen un eje prioritario de la carga de morbilidad en el territorio.

En términos de control y compensación, los resultados presentan variaciones relevantes entre comunas. Concepción y Chiguayante destacan con mejores niveles de compensación de HTA (62,3% y 66,1%, respectivamente) y de DMII (42,2% y 38,6%), superando en varios casos los promedios regionales (57,5% y 37,2%). Florida muestra un desempeño positivo en la compensación de hipertensión (68,5%), mientras que Coronel exhibe cifras más moderadas (53,9%). Estas diferencias reflejan tanto la efectividad de la gestión clínica como la capacidad de respuesta de la red asistencial en el manejo de pacientes crónicos. Para el Hospital Traumatólogo de Concepción, este panorama constituye un contexto estratégico, ya que la elevada prevalencia de ENT y la carga de complicaciones cardiovasculares condicionan la demanda futura de atención especializada y refuerzan la necesidad de articular acciones preventivas, de control y rehabilitación como parte integral de la planificación sanitaria.

Tabla N°5: Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles

Comuna	Hipertensión	Diabetes Mellitus	Dislipidemia	Infarto Agudo	Cerebro Vascular
Región del Biobío	75,4%	39,9%	50,4%	3,0%	3,3%
Concepción	77,5%	39,9%	45,2%	3,4%	3,2%
Coronel	74,4%	44,6%	40,9%	3,1%	3,4%
Chiguayante	73,5%	43,9%	60,5%	3,4%	3,5%
Florida	71,3%	30,9%	34,3%	2,1%	2,6%
Hualqui	71,8%	41,5%	55,7%	3,1%	4,6%
Lota	70,2%	42,6%	53,2%	4,1%	3,4%
San Pedro de la Paz	72,2%	40,7%	52,0%	4,2%	5,0%
Santa Juana	73,3%	42,2%	57,9%	1,9%	2,9%

Fuente: Fichas comunales de Salud, Seremi Salud Región del Biobío, 2024

CAPÍTULO II

RED ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN



2.1 Red Asistencial Región del Bio Bío

A nivel regional la estructura del sistema de salud pública está organizada por “el sector salud” y la institución que la lidera es la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi Salud), órgano desconcentrado del ministerio que a través del delegado presidencial regional se coordina con el resto de la administración pública regional. La articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial corresponde al servicio de salud, que son instituciones funcional y territorialmente descentralizadas responsables de los hospitales y en algunos casos, de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS). En la región existen cuatro servicios, entre ellos, el de Arauco, Biobío, Concepción y Talcahuano. La red asistencial está integrada por el conjunto de hospitales y centros de salud que forman parte de su jurisdicción. Y también forman parte de esta red los establecimientos municipales de atención primaria de salud y los demás establecimientos públicos y aquellos privados que mantengan convenios con el Servicio (Gattini, 2018).

Tabla N°6: Servicios de Salud Región del Biobío y su Área de Cobertura

Servicio Arauco	Servicio Biobío	Servicio Concepción	Servicio Talcahuano
Arauco Curanilahue Contulmo Los Álamos Lebu Cañete Tirúa	Alto Biobío Antuco Cabrero Laja Los Ángeles Mulchén Nacimiento Negrete Quilaco Quilleco Santa Bárbara Tucapel Yumbel	Chiguayante Concepción Coronel Florida Hualqui Lota San Pedro de la Paz Santa Juana	Hualpén Penco Talcahuano Tomé

Fuente: Informe UDD – Desarrolla Biobío, 2023

La caracterización de la red pública y privada de establecimientos de salud vigentes en la región al 12 de agosto de 2025 muestra una oferta mayoritariamente ambulatoria y centrada en el nivel primario. Destacan los 58 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 44 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y, especialmente, las 111 Postas de Salud Rural, que reflejan la amplitud territorial y la atención a zonas de difícil acceso. A ello se suman 20 vacunatorios, 26 laboratorios clínicos y 29 centros de salud privados, componiendo un entramado ambulatorio diverso. En materia de salud

mental, la región cuenta con 10 COSAM y un centro comunitario para personas con demencia, mientras que la red de urgencia extrahospitalaria se estructura con 22 SAPU, 17 SAR y 17 SUR, dispositivos clave para la continuidad asistencial. La oferta hospitalaria incluye 26 hospitales, que representan el soporte clínico de mayor complejidad dentro del territorio regional. En total, la región suma 429 establecimientos de salud de distinta naturaleza y dependencia, configurando una red amplia, con predominio del nivel primario.

Tabla N°7: Número de Establecimientos de salud por tipo, vigentes al 12/08/2025

Tipo Establecimiento de Salud	Región	País
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	44	294
Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)	10	103
Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	1	7
Centro de Diálisis	7	99
Centro de Especialidad	1	6
Centro de Referencia de Salud (CRS)	1	10
Centro de Salud de Atención Cerrada para Personas Privadas de Libertad	1	1
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	58	603
Centro de Salud Privado	29	750
Clínica	6	155
Clínica Dental	8	290
Consultorio General Rural (CGR)	3	14
Dirección Servicio de Salud	4	29
Dispositivo Incorporado por Crisis Sanitaria	2	9
Hospital	26	227
Laboratorio Clínico	26	366
Posta de Salud Rural (PSR)	111	1.114
Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	4	29
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	22	233
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	17	98
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	17	171
Unidad de Procedimientos Móvil	6	48
Unidad de Salud Funcionarios	4	29
Vacunatorio	20	119
Total general	429	5.004

Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional

2.2 Red Asistencial del Servicio de Salud Concepción

2.2.1 Descripción estructural de la Red Asistencial

El Servicio de Salud Concepción, ha establecido una red de establecimientos que se organiza considerando criterios de accesibilidad, cobertura y complejidad. En la búsqueda de dar satisfacción a las necesidades de los usuarios estos establecimientos buscan la coordinación, tanto en el quehacer cotidiano, como a través de equipos de gestión de la Dirección del Servicio.

Los dispositivos se integran en diferentes niveles bajo la lógica de una Red Asistencial de tipo planetario que tiene una componente territorial relevante dada la dispersión y variabilidad geográfica urbano/rural, por lo mismo que desde el Servicio considerando estas particularidades se ha planteado una subdivisión de esta Red en Sub-Redes denominadas NODOS que distinguen niveles identificables con un marco territorial definido.

En función de esta realidad geo-demográfica la disposición de establecimientos de salud en la Red Asistencial de Concepción, se intenta organizar considerando los criterios ya mencionados asumiendo niveles de atención, que desde la Salud Pública son validados y definidos:

- Un nivel de baja complejidad (primario), de alta cobertura y complejidad de baja a mediana,
- Un nivel intermedio (secundario) de mediana complejidad donde acceden sólo pacientes derivados desde el nivel primario, dado un mayor requerimiento de resolución y donde se dispone de un pool más especializado de recursos.
- Un nivel de alta complejidad (terciario) donde se concentran las unidades y servicios de mayor complejidad que atienden a una proporción menor de la población que requiere estos servicios.

Para efectos de racionalizar la entrega de los servicios de salud en la superficie territorial y poblacional de la Red Asistencial como se mencionó la definición de estas subredes o nodos ha seguido en términos generales una lógica geográfica (ribera norte y sur del río Biobío): Biobío Norte y Biobío Sur, las que se presentan de la siguiente manera, donde cada una de ellas brindará atención electiva y de urgencia con un % alto de resolutivez al total de los beneficiarios legales del sistema público de salud del área de atracción del SSC:

Sub-Red (Polo) Biobío Norte:

- Comunas de Concepción, Chiguayante, Florida y Hualqui.

Sub-Red (Polo) Biobío Sur:

- Comunas de Coronel, Lota, San Pedro de la Paz y Santa Juana.

La red Electiva se organiza siguiendo lógicas de complejidad y cobertura, y en el caso de la Red Concepción, se conforma de la siguiente manera:

Primer Nivel:

Este primer nivel de Atención es de Baja Complejidad (APS) y de alta cobertura, que involucra a 21 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 14 postas rurales, 9 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 11 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 5 Servicios de Alta Resolutividad (SAR), 1 SAPU Dental.

Las comunas con mayor cantidad de habitantes de la red son Concepción, Coronel y San Pedro de la Paz, siendo aquellas con mayor cantidad de Centros de Salud. Al analizar la información, de acuerdo con la normativa de la pertinencia del número de centros versus la cantidad de habitantes, se aprecia que las comunas de Florida, Lota, Coronel, Hualqui, Concepción y Santa Juana no presentarían brechas; sin embargo, en la comuna de San Pedro de la Paz, con 4 CESFAM y 2 CECOSF sólo se daría respuesta al requerimiento de 130 mil habitantes, demostrando una brecha en 18 mil habitantes. Por otra parte, la comuna de Chiguayante presenta a mínima brecha de mil habitantes. Sin embargo, se requiere realizar un mayor análisis con respecto a la georreferencia de los establecimientos.

Además de los Centros de Salud y Consultorios APS, destaca en este nivel el caso de la Red de Salud del Servicio, la existencia de los Hospitales de Florida y Santa Juana, definidos como Hospitales Comunitarios, los cuales cuentan con 16 y 46 camas respectivamente, y que desarrollan el rol de Atención Primaria de sus comunas según Informe Ejecutivo Red Asistencial SSC 2022-2025.

Segundo Nivel:

El Hospital de Coronel, posee un amplio desarrollo en atención pediátrica y de medicina interna. El año 2021 se implementa por primera vez una Unidad de Tratamiento intermedio con 6 unidades funcionales brindando atenciones

especialmente a pacientes COVID. Cuenta con hospitalización cerrada y domiciliaria, un COSAM y un CESFAM adosado y una unidad de atención de urgencia con las especialidades básicas. El área quirúrgica no tiene su desarrollo de acuerdo con el Modelo de Gestión del establecimiento, por cuanto posee una baja cantidad de pabellones.

El Hospital de Lota, orientado a atención de pacientes con problemas médicos, quirúrgicos, ginecológico obstétricos, pediátricos, odontológicos, otorrinolaringológicos y de Salud Mental; este último a través del COSAM adosado pero que se encuentra fuera del recinto hospitalario propiamente tal. Además, posee otras especialidades como son principalmente, urología y oftalmología, con prestaciones en atención cerrada, atención domiciliaria y abierta, que son derivadas a través de interconsultas de algunos de los recintos de salud de la Red del Servicio de Salud Concepción, ubicados en las comunas de Lota, Coronel, San Pedro de la Paz, Concepción y Santa Juana, de acuerdo con Mapa de Derivación.

Tercer Nivel:

El Hospital Guillermo Grant Benavente es de carácter regional y macrorregional, lo que implica que para algunas prestaciones la población estimada sobrepasa la asignada a la región del Biobío propiamente tal, por otra parte, se constituye como centro de referencia para especialidades ambulatorias y para nivel terciario dispone de la Cartera de Servicio de paciente crítico. Adicional tiene en su dependencia el Servicio Clínico de Psiquiatría, un Hospital de Día de Salud Mental con 20 plazas para población adulta y 3 COSAM que están a la espera de normalización territorial para su independización.

A nivel de Cirugía el HGGB también es centro de referencia regional y macro regional. En el contexto de las Garantías Explicitas en Salud, resuelve más del 90% de las prestaciones quirúrgicas dejando fuera sólo problemas como osteosarcoma, trasplante de medula ósea y retinoblastoma.

El Hospital Traumatólogo, por su parte, cuenta con 7 equipos médicos, especializados en Traumatología de Columna, Cadera y Pelvis, Extremidad Superior, Hombro, Rodilla y Pierna, Tobillo y Pie y Tumores. Además de 4 equipos médicos en: Anestesiología, Medicina Interna, Neurología y Fisiatría y servicios de apoyo en Cardiología, Cirugía Plástica y Cirugía Vascular, sumado a una moderna Unidad de Rehabilitación, Kinesiología y pabellones de alto estándar en calidad y seguridad. Es importante mencionar que este establecimiento no cuenta con unidad de emergencia, por lo que los usuarios traumatológicos deben acceder a través de la UEH del HGGB, tampoco cuenta con una unidad de esterilización, por lo que dicho servicio debe ser obtenido mediante licitaciones a empresa externa.

Tabla N°8: Diseño por Nodos Servicio de Salud Concepción 2022

Sub-Red / Nodo	Comuna	APS	Nivel Secundario Mediana Complejidad	Nivel Terciario Alta Complejidad
Biobío Norte	Concepción	CESFAM, CECOSF Hospital Florida	CAA / Hospital Regional G. Grant B. CAE / Hospital TMT/ COSAM Concepción/ COSAM Leonor Mascayano (*)(**)/ COSAM Norte (*)(**)	CAA / Hospital Regional G. Grant Benavente
	Chiguayante			
	Florida			
	Hualqui			
Biobío Sur	Coronel	CESFAM, CECOSF, Hospitales de Santa Juana, Lota y Coronel.	CAE / Hospitales de Coronel – Lota/ COSAM Coronel/ COSAM Lota/ COSAM San Pedro (**)	
	Lota			
	San Pedro			
	Santa Juana			

(*) CAE que está migrando a modelo COSAM; (**) Dependencia administrativa de HRGGB

Tabla N°9: Dotación de Camas por establecimiento según año. SS Concepción

Nivel de complejidad	Nombre establecimiento	Total 2020	Total 2021	Total 2022	Porcentaje de variación 2020-2022
Alta	Hospital Guillermo Grant Benavente	856	856	808	-5,6
Mediana	Hospital Traumatológico	119	119	119	0
Alta	Hospital San José (Coronel)	146	109	109	-25,3
Alta	Hospital de Lota	112	112	112	0
Baja	Hospital Clorinda Avello (Santa Juana)	46	46	46	0
Baja	Hospital de Florida	16	16	16	0
Total		1.295	1.258	1.210	-6,6

Fuente: Resoluciones de camas 2020,2021,2022 del SSC

2.2.2 Mapa de Derivación de la Red

La construcción del Mapa de Derivación corresponde a la representación del tránsito del usuario por los distintos establecimientos de la Red Asistencial, de acuerdo con su necesidad de atención y situación de salud. Este debe considerar, en primera instancia y de manera prioritaria, la derivación dentro de la misma Red Asistencial local del Servicio de Salud (incluyendo los establecimientos privados en convenio). En caso de no existir resolución al interior del Servicio, se deberá contemplar su remisión formal a los “Centros de Derivación a Red Externa”, conforme a los protocolos vigentes.

En esta sección se presenta un esquema sintetizado del Mapa de Derivación actual. Considerando el proceso de revisión que se está desarrollando al interior del Servicio de Salud Concepción, se relevan áreas y especialidades específicas que permiten identificar nudos críticos o desafíos que es necesario abordar para avanzar hacia una actualización pertinente y funcional del Mapa de Derivación. Este proceso busca responder adecuadamente a las necesidades sociosanitarias de la población a cargo, incorporando una perspectiva territorial y el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, en el contexto de la actual planificación del desarrollo de la Red.

En el esquema clásico presentado, los aspectos de mayor complejidad se destacan bajo las categorías de Atención Abierta, Atención Cerrada, Atención Quirúrgica y Apoyo Diagnóstico o Terapéutico, organizados por tema o especialidad relevante, con la correspondiente identificación del nudo crítico detectado.

Posteriormente, y a partir del análisis de la situación existente, se inició un trabajo de reordenamiento del Servicio de Salud Concepción, basado en la definición de dos nodos territoriales. En este modelo, los hospitales referentes de cada nodo deben contar con una Cartera de Servicios de Especialidades estandarizada, que permita una adecuada referencia desde cada red de Atención Primaria de Salud (APS) del territorio, evitando inequidades entre ellas. Esta planificación debe considerar las demandas derivadas de los perfiles epidemiológicos identificados, así como las Listas de Espera y la demanda dimensionada.

Este modelo puede expresarse de la siguiente manera:

Tabla N°10: Esquema de Mapa de Derivación, Red Asistencial Concepción, Especialidades / Áreas Seleccionadas por Nudo Crítico. 2022

Especialidad o Área de Desarrollo Seleccionada	Nodo Red / Territorio Nivel de Atención: Desde APS a Hospital Base de Destino por Nudo		Nivel Alta Complejidad: Hospital de Referencia desde la Mediana Complejidad a la Alta Complejidad
	Biobío Norte (APS-Hospital)	Biobío Sur (APS-Hospital)	Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (Regional de Concepción)
Oncología: Desarrollo de Centro Oncológico Ambulatorio	Coordinación con Gestores de Casos Oncológicos	Coordinación con Gestores de Casos Oncológicos	Desarrollo de Alta Complejidad con apoyo de RRHH Médicos y No Médicos, en estudios de imágenes, etc.
CMA: Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, etc.	Desarrollo transversal	Desarrollo Transversal	
Desarrollo de especialidades y subespecialidades del ámbito Infantil	Desarrollo transversal	Desarrollo Transversal	
Imagenología Intervencional			Desarrollo en la Alta Complejidad como centro de referencia.

Fuente: Informe Ejecutivo Red Asistencial SSC 2022-2025

El modelo de red promueve que cada establecimiento asuma un rol funcional dentro de una cadena de atención integrada, optimizando la utilización de camas, pabellones y recursos humanos. En este sentido, el Hospital Traumatólogo de Concepción se proyecta como hospital monográfico de referencia traumatológica y de rehabilitación para toda la macrozona sur, articulando derivaciones desde los servicios de salud de Arauco, Talcahuano y Biobío.

Desafíos de integración y líneas de acción prioritarias

1. La evaluación del modelo de red ha permitido identificar desafíos transversales que afectan a toda la red del SSC.
2. Heterogeneidad territorial y brechas de acceso entre comunas urbanas y rurales.
3. Fragmentación en los procesos de referencia y contrarreferencia, que limita la continuidad asistencial.
4. Falta de interoperabilidad de los sistemas de información clínica y administrativa.
5. Déficit de recursos humanos especializados, especialmente en traumatología, rehabilitación y anestesia.
6. Infraestructura insuficiente en hospitales de mediana complejidad, que limita su capacidad de respuesta frente al aumento de la demanda.

En este escenario, el Hospital Traumatólogo de Concepción asume un rol clave en la implementación del modelo integrado, avanzando hacia un hospital docente de alta complejidad y centro de referencia regional, alineado con las siguientes líneas estratégicas:

- Consolidar un modelo de atención traumatológica integral con continuidad desde la urgencia hasta la rehabilitación.
- Implementar un sistema de derivación y contrarreferencia digitalizado con trazabilidad en red.
- Fortalecer la colaboración interhospitalaria y el uso compartido de recursos clínicos y tecnológicos.
- Participar activamente en el desarrollo de protocolos de la red (Traumatología y Medicina Física y Rehabilitación).
- Promover la investigación y docencia en red, articulando la formación universitaria con la resolución asistencial.

CAPÍTULO III

MARCO LEGAL



MARCO LEGAL

El accionar del Hospital Traumatólogo de Concepción, como establecimiento de salud especializado e integrante de la Red Asistencial, se rige por un marco normativo extenso y jerárquico que define sus funciones, estructura y la relación con los ciudadanos. Este cuerpo legal es fundamental para asegurar la legalidad, transparencia y probidad en la gestión, y para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud de las personas. La regulación abarca desde la organización general de la Administración del Estado hasta normativas específicas sobre la salud pública, la gestión clínica, los derechos y deberes de los pacientes, y los sistemas de garantía.

A continuación, se detallan las principales disposiciones legales que constituyen la base jurídica del funcionamiento institucional:

- Código Sanitario, aprobado por DFL N° 725, de 1967, del Ministerio de Salud Pública. Trata las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes.
- Ley 18.575/1986, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- Ley 19.628/1999, sobre Protección de la Vida Privada.
- Ley 19.880/2003, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.
- Ley 19.886/2003, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, y su reglamento (Decreto N° 661/2024).
- Ley 19.937/ 2004, sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, que modifica el DL N°2763/ 1979.
- Ley 19.966/2004, del MINSAL, y sus modificaciones, que establece un régimen de garantías en salud.
- Ley 20.015/ 2005, sobre Instituciones de Salud Previsional, modifica la Ley 18.933, sobre ISAPRE.
- DFL N° 1/ 2005, del MINSAL, cuerpo normativo que regula orgánicamente a las instituciones, servicios u órganos que configuran el sector salud: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimiento del Sistema, Superintendencia de Salud. Además contiene las disposiciones de la Ley N° 18.496 que Regula el Ejercicio

del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

- DFL N° 29/2005, que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.
- Ley 20.285/2008, sobre Acceso a la Información.
- Ley 21.180/2019, sobre Transformación Digital del Estado.
- Ley de Presupuestos del Sector Público, correspondiente a cada año vigente.
- Decreto Ley N.º 1.263/1975, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado.
- Decreto N° 2.421/1964, que fija el texto refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Contraloría General de la República, que regula el control externo del Estado y define auditorías, legalidad del gasto y toma de razón.
- Ley 20.584/ 2012, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley 20.730/ 2014, que regula el Lobby y las Gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios.
- DS N° 161/ 1982, del MINSAL, Reglamento de Hospitales y Clínicas, sus modificaciones DS N° 129/89, DS N° 570/98, DS N° 216/03, DS N° 152/05, MINSAL.
- DS N° 680/ 1990, del Ministerio del Interior, estipula que toda repartición pública debe contar con una Oficina de Informaciones OIRS.
- DS N° 433/ 1993, del MINSAL, Reglamento de Laboratorios Clínicos.
- DS N° 283/97, aprueba Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor.
- DS N° 140/ 2004, del MINSAL, y sus modificaciones, Reglamento de los Servicios de Salud, define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones.
- DS N°158/ 2004, del MINSAL, Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles.
- DS N° 38/ 2005, del MINSAL, sobre Establecimientos Autogestionados en Red.
- Decreto N°194/ 2006, del MINSAL, aprueba Formulario Nacional de Medicamentos.

- DS N° 15/ 2007, del MINSAL, Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud.
- Decreto Exento N° 18/ 2009, MINSAL, Aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud.
- DS N° 04/ 2013, del MINSAL, Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Y sus modificaciones por DS N°39/ 2013 y DS N°105/ 2014.
- Normativa SIAP / DIPRES, instrucciones de la Dirección de Presupuestos sobre ejecución, modificaciones, programación financiera y control del gasto.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO



DIAGNÓSTICO HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO

4.1 Descripción y Diagnóstico del Hospital Traumatólogo de Concepción

El Hospital Traumatólogo de Concepción, es un centro asistencial docente, monográfico, de mediana complejidad, que otorga prestaciones de salud de traumatología en forma oportuna y eficiente con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los pacientes referidos de la micro y macro Red. El Hospital fue creado en el año 1965 a partir de la Caja de Accidentes del Trabajo y su primer edificio fue inaugurado formalmente en el año 1968. En febrero del año 2014 se inaugura el nuevo edificio que lo alberga, con una inversión de 17.341 millones de pesos en obras civiles y 3.492 millones en equipamiento; se encuentra ubicado en calle San Martín 1580 en la ciudad de Concepción. Es de diseño arquitectónico moderno, con una superficie de 19.053 metros cuadrados, distribuidos en cinco pisos y un zócalo.



Dependiente del Servicio de Salud Concepción, y emplazado en el nodo Concepción/Florida de la Subred Norte, el establecimiento ofrece atención abierta y cerrada, orientada a la resolución integral de patologías del aparato locomotor en personas de 15 años y más, con una alta proporción de usuarios adultos mayores y beneficiarios de Fonasa. Actualmente, por Resolución Exenta de la Superintendencia de Salud N°4194 de 2024, el Hospital cuenta con acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente por tercera vez (2024–2027) y, tras previa postulación al Ministerio de Salud, el 2023 ha comenzado a incorporarse como invitado al régimen de Autogestión en Red, en reconocimiento a su desempeño asistencial y administrativo, siendo evaluado internamente por el Servicio de Salud Concepción mediante los indicadores propios del Balanced Scorecard.

El carácter regional del Hospital Traumatológico de Concepción, se expresa en su cobertura: 91,3% de sus usuarios provienen del Servicio de Salud Concepción, mientras que 6,7% corresponden a Arauco, 1,2% a Talcahuano y un porcentaje menor a Biobío y Ñuble, lo que evidencia su rol interregional en la macrozona sur. Esta concentración de pacientes refleja tanto su especialización clínica como su capacidad resolutoria, factores que lo consolidan como centro de referencia para patologías traumatológicas complejas. Su dotación asistencial incluye 119 unidades funcionales para adultos, distribuidas en 7 camas UTI y 112 de Cuidados Medios, confirmando su perfil quirúrgico especializado.

En términos operativos, el hospital mantiene 545 prestaciones activas de atención abierta y cerrada, además de Unidades de Apoyo como Medicina Física y Rehabilitación, Farmacia, Imagenología y Unidad de Nutrición. Su cartera asistencial cubre el ciclo completo del proceso traumatológico, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, y se estructura en torno a áreas de alta especialización como cirugía de cadera, columna, extremidad superior, hombro, rodilla y pierna, tobillo y pie, tumores, además de servicios complementarios de cardiología, cirugía



vascular, medicina interna, infectología, fisiatría, geriatría, psiquiatría y neurología, anestesiología y alivio al dolor.

Las intervenciones quirúrgicas de la Especialidad de Traumatología más relevantes son Traumatología y Ortopedia Adulto (554 horas/semana), Medicina Física y Rehabilitación (64 horas/semana) y Neurología (22 horas/semana), que consolidan al hospital como un centro docente y de referencia regional. En paralelo, la creación del Departamento Gestión de la Demanda —que integra a las unidades Prequirúrgica, de Lista de Espera y GES—, ha permitido optimizar el proceso quirúrgico en la eficiencia del manejo de pacientes y la utilización de pabellones, incorporando sistemas digitales para la gestión de tablas quirúrgicas, coordinación de traslados, monitorización y seguimiento continuo de las Listas de Espera. A esto se suma el rol de la Unidad de Eficiencia Hospitalaria y las Unidades Asesoras, las cuales permiten llevar una gestión más dinámica y ajustada a las necesidades emergentes de los pacientes y de la red.



En materia de listas de espera, el establecimiento alcanzó uno de sus mayores hitos institucionales debido al término de la lista de espera quirúrgica de los años 2018, 2019 y 2020, logro que le valió ser reconocido por el Ministerio de Salud como el segundo hospital más eficiente del país en la resolución de listas durante el 2024. Este

desempeño se ha sostenido gracias a un modelo integrado de gestión del proceso quirúrgico, que combina planificación centralizada, coordinación con hospitales de mediana y alta complejidad —como el Hospital San José de Coronel— y articulación entre las subdirecciones Médica y de Gestión del Cuidado, optimizando el uso de pabellones y camas mejorando la oportunidad de atención.

Los resultados asistenciales de 2024 muestran una evolución favorable. Las cirugías mayores aumentaron en 13,4% respecto del año anterior y las cirugías ambulatorias crecieron en 33%, reflejando un incremento en la productividad y eficiencia del proceso quirúrgico. "Sin embargo, el establecimiento enfrenta una presión asistencial en ascenso, asociada al crecimiento sostenido de usuarios Fonasa tras la migración desde el sistema privado. A nivel regional, la proporción de personas adscritas a Fonasa pasó de 86,5% a fines de 2022 a 88,3% a mediados de 2024, lo que representa un universo aproximado de 1.373.569 personas. En contraste, la participación de Isapres se redujo de 7,9% a 6,1% en el mismo periodo, bajando a cerca de 94.890 beneficiarios (Ministerio de Desarrollo Social, 2024). Esta alta dependencia del sistema público se ratifica al observar la población inscrita validada en los servicios de salud municipal, que en 2024 asciende a 1.220.611 personas en la Región del Biobío, abarcando al 75,7% de la población total censada.

Aunque cuenta con una infraestructura moderna, la falta de espacio físico constituye una limitante significativa para su expansión. Las áreas críticas presentan saturación por aumento de demanda y limitaciones de superficie para nuevos servicios. Pese a ello, la gestión directiva ha promovido una utilización eficiente de los recursos existentes, priorizando proyectos de inversión orientados a mejorar la capacidad diagnóstica y la calidad del entorno hospitalario.

Principales derivaciones en la Red Asistencial

El Hospital Traumatólogo de Concepción se inserta en una red asistencial compuesta por seis hospitales acreditados del SSC, que operan de forma complementaria para asegurar continuidad del cuidado. En ese contexto, el Hospital Traumatólogo de Concepción juega un rol de centro de referencia traumatológica para la provincia de Concepción y regional. Trabaja en paralelo con el Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, establecimiento de alta complejidad general para derivar lesiones complejas que requieran UCI u otros cuidados de mayor complejidad, mientras asume la mayoría de las cirugías ortopédicas electivas y de urgencia traumatológica de la macrozona. Además, se han establecido alianzas inter-servicio, por ejemplo, con el Hospital San José de Coronel, para mejorar la resolutivez y descongestionar la demanda de atención traumatológica.



La red asistencial se configura como un modelo colaborativo que mejora la accesibilidad, aprovechando pabellones disponibles en hospitales vecinos y acercando la atención a los pacientes. Igualmente, el Hospital Traumatólogo de Concepción participa en los Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA) del Servicio de Salud, planificando en conjunto con otros establecimientos, dada la alta incidencia de accidentes en la zona.

4.2 Evolución de Indicadores

Disponibilidad de camas

Durante el periodo 2023-2024, el Hospital Traumatólogo de Concepción muestra una estabilidad operativa sostenida en sus principales indicadores de gestión de camas, reflejando una adecuada administración de la capacidad instalada en un contexto de actividad asistencial regular.

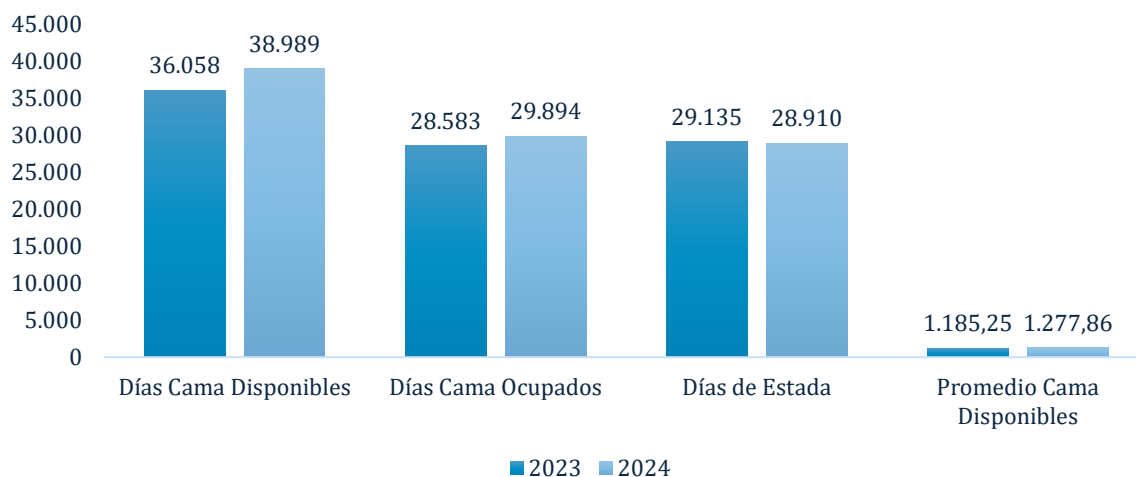
Los días cama disponibles pasan de 36.058 en 2023 a 38.989 en 2024, lo que evidencia una oferta constante de servicios hospitalarios, con un incremento asociado

al fortalecimiento de la actividad quirúrgica y a una mayor disponibilidad operativa. Los días cama ocupados presentan un comportamiento proporcional a la disponibilidad, alcanzando 28.583 unidades en 2023 y 29.894 en 2024. Esto sugiere un índice de ocupación promedio superior al 75%, indicador que es considerado eficiente para un hospital de especialidad traumatológica, al equilibrar la rotación de pacientes con la complejidad de los casos tratados.

En cuanto a los días de estada, estos se mantienen en rangos similares a los días ocupados: 29.135 en 2023 y 28.910 en 2024, lo que implica una permanencia promedio estable de los pacientes, sin incrementos que sugieran congestión o demoras en los procesos de alta.

Por su parte, el promedio de camas disponibles muestra un comportamiento equilibrado, pasando de 1.185,25 en 2023 a 1.277,86 en 2024, lo que refleja una estructura asistencial estable pese a variaciones anuales en la demanda quirúrgica. En síntesis, entre 2023 y 2024 el Hospital Traumatólogo de Concepción ha logrado sostener un uso eficiente de su dotación hospitalaria, con niveles de ocupación controlados y una adecuada correlación entre disponibilidad, uso y permanencia de camas.

Gráfico N°1: Días de Cama Disponible 2023 – 2024



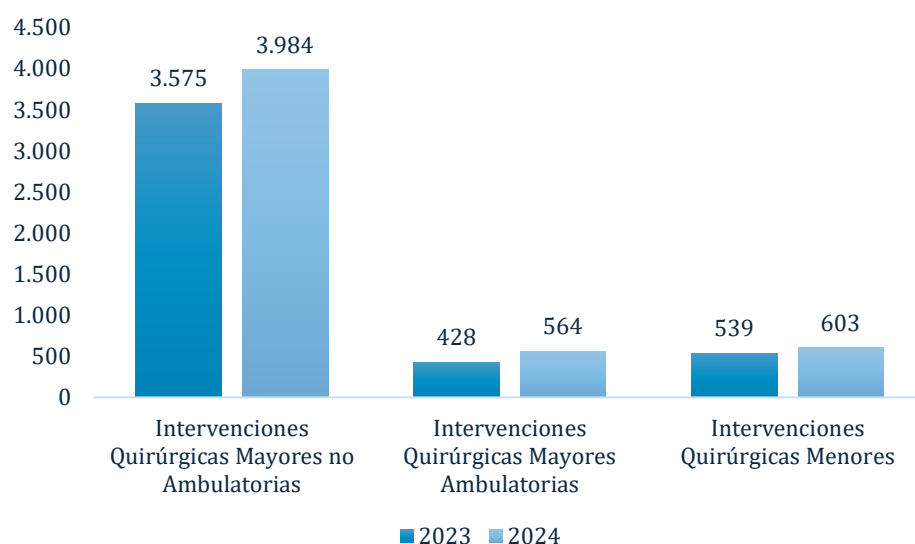
Fuente: Base de datos DEIS, 2025

Intervenciones Quirúrgicas

Entre 2023 y 2024 se observa un incremento sostenido en la actividad quirúrgica del Hospital Traumatólogo de Concepción, con aumentos transversales en los tres tipos de intervenciones según su complejidad. Las cirugías mayores no ambulatorias pasan de 3.575 a 3.984 procedimientos, consolidándose como el principal

componente de la producción quirúrgica anual y reflejando una mayor capacidad resolutoria en patologías de alta complejidad. Las intervenciones mayores ambulatorias muestran también un alza significativa, aumentando de 428 a 564 cirugías, lo que evidencia un fortalecimiento de la resolutoria quirúrgica en modalidad ambulatoria y una mejor utilización de los pabellones. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas menores ascienden de 539 a 603 procedimientos, manteniendo una tendencia creciente y coherente con el aumento general de la actividad quirúrgica institucional. En conjunto, esta evolución confirma un incremento global en la capacidad productiva y en el desempeño del área quirúrgica durante 2024.

Gráfico N°2: Intervenciones quirúrgicas 2023-2024



Fuente: Subunidad Gestión de la Información

El análisis por tipo de intervención evidencia un aumento generalizado en la actividad quirúrgica del hospital entre 2023 y 2024, con variaciones relevantes según especialidad. Neurocirugía -asociada al equipo de anestesia- presenta un incremento significativo, pasando de 353 a 463 procedimientos (31,2%), mientras que Cirugía Plástica y Reparadora aumenta de 41 a 46 intervenciones (12,2%), manteniendo una demanda estable. En contraste, los procedimientos de Tegumentos disminuyen de 13 a 7 cirugías, lo que representa una reducción del 46,2%. Por su parte, la Cirugía Cardiovascular, aunque de menor volumen, duplica su actividad al pasar de 2 a 4 intervenciones. Se incorpora además una cirugía de Tórax durante 2024, ampliando el espectro resolutorio. En el ámbito traumatológico, que constituye el núcleo del quehacer institucional, las intervenciones aumentan de 3.653 a 4.016 procedimientos (9,9%), confirmando su rol predominante dentro de la cartera quirúrgica. Finalmente, los retiros de elementos de osteosíntesis muestran un alza importante, de 480 a 614

procedimientos (27,9%), asociado al avance sostenido en la resolución de este tipo de patologías. En conjunto, estas variaciones explican el crecimiento total del 13,4% en la producción quirúrgica del establecimiento durante 2024.

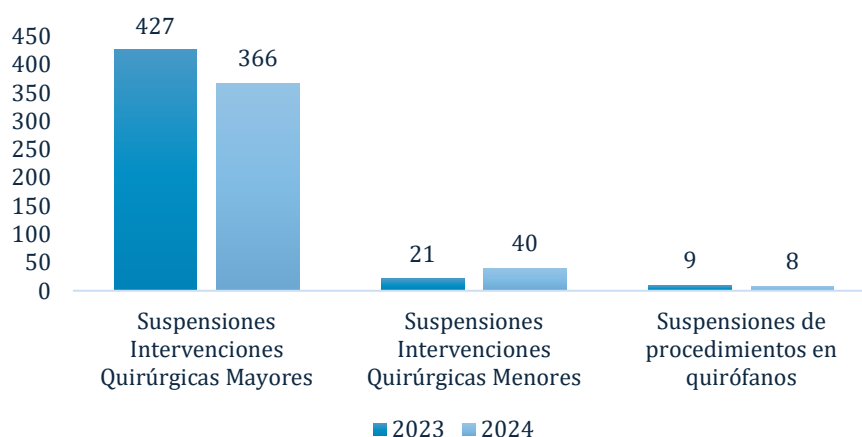
Tabla N°11: Intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención 2023-2024

Tipo de intervención	2023	2024	Variación (%)
Neurocirugía (equipo anestesia)	353	463	31,2%
Cirugía Plástica y Reparadora	41	46	12,2%
Tegumentos	13	7	-46,2%
Cirugía Cardiovascular	2	4	100,0%
Cirugía de Tórax		1	
Traumatología	3.653	4.016	9,9%
Retiro Elementos Osteosíntesis	480	614	27,9%
Total	4.542	5.151	13,4%

Fuente: Subunidad Gestión de la Información

Entre 2023 y 2024 se observa una disminución en las suspensiones de intervenciones quirúrgicas mayores, pasando de 427 a 366 casos. En contraste, las suspensiones de intervenciones quirúrgicas menores aumentan de 21 a 40 procedimientos, variación que podría asociarse a factores clínicos o administrativos propios de este tipo de actividad. Por su parte, las suspensiones de procedimientos en quirófanos se mantienen prácticamente estables, con 9 casos en 2023 y 8 en 2024, indicando una adecuada continuidad operativa en la gestión de los pabellones. En conjunto, estos datos muestran una tendencia favorable en las intervenciones de mayor complejidad y evidencian ámbitos específicos donde persisten oportunidades de mejora en la producción quirúrgica ambulatoria y de menor complejidad.

Gráfico N°3: Producción – Suspensiones 2023-2024



Fuente: Subunidad Gestión de la Información

Egresos del Período por Nivel:

Entre 2023 y 2024, los egresos del Hospital Traumatológico de Concepción muestran un aumento sostenido en las unidades que conforman el núcleo de su cartera asistencial. En la Unidad de Tratamiento Intermedio Cirugía Adulto, los egresos aumentan de 16 a 26, lo que representa un incremento del 62,5% y refleja una capacidad creciente para atender pacientes con requerimientos clínicos más intensivos. Por su parte, en el servicio de Traumatología y Ortopedia, que concentra la gran mayoría de la actividad, se observa un alza de 3.533 a 3.943 egresos, equivalente a un crecimiento del 11,6%, tendencia consistente con el aumento de la actividad quirúrgica. En el consolidado global, el total de egresos del establecimiento pasa de 3.662 en 2023 a 3.969 en 2024, lo que corresponde a una variación positiva del 8,4%, evidenciando una mayor resolutivez y continuidad en la atención hospitalaria durante el periodo analizado



Tabla N°12: Egresos del Periodo 2023-2024, actividad Hospitalización

Año egreso	Servicio Egreso	Egresos	Fallecidos
2023	Agudos medicina	74	5
	Traumatología y Ortopedia	3.533	7
	Unidad de Cuidados Intensivos Adulto	39	9
	Unidad de Tratamiento Intermedio Cirugía Adulto	16	5
	Total	3.662	26
2024	Traumatología y Ortopedia	3.943	12
	Unidad de Tratamiento Intermedio Cirugía Adulto	26	14
	Total	3.969	26

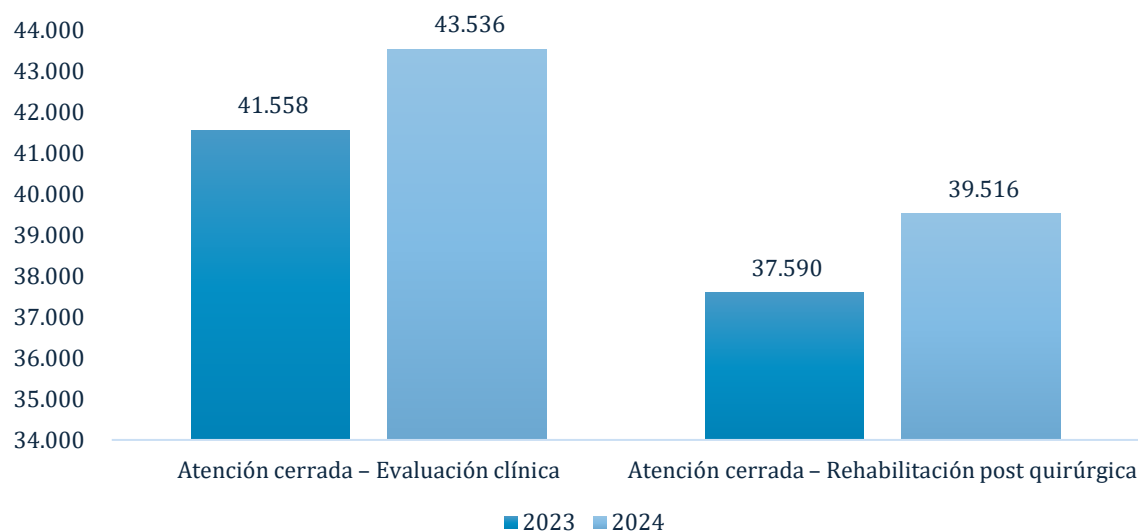
Fuente: Subunidad Gestión de la Información

Atención cerrada

El Hospital Traumatólogo de Concepción presenta una evolución creciente en el número de atenciones cerradas entre 2023 y 2024, tanto en evaluación clínica como en rehabilitación post quirúrgica, sus dos componentes principales dentro del modelo asistencial. En el caso de las evaluaciones clínicas, estas aumentan de 41.558 en 2023 a 43.536 en 2024, lo que representa un crecimiento del 4,8% y evidencia un fortalecimiento de la capacidad institucional para realizar controles, seguimientos y resoluciones clínicas de pacientes traumatológicos.

La rehabilitación post quirúrgica, por su parte, presenta un incremento desde 37.590 atenciones en 2023 a 39.516 en 2024, equivalente a un crecimiento del 5,1%, mostrando una consolidación progresiva del proceso de recuperación funcional de las personas intervenidas. Esta tendencia confirma la importancia de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y su rol dentro del continuo de atención, permitiendo complementar la intervención quirúrgica con un enfoque integral de reintegración funcional.

Gráfico N°4: Atención Cerrada



Fuente: DEIS 2025

Atención Kinesiología y Terapia Ocupacional

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Traumatológico de Concepción articula una oferta amplia de prestaciones orientadas tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados, contribuyendo de manera central al proceso de recuperación funcional posterior a lesiones traumatológicas y cirugías. En el ámbito de la kinesiología, las actividades abarcan evaluaciones integrales y atención ambulatoria en el marco de la atención abierta, junto con intervenciones dirigidas a pacientes hospitalizados y a usuarios de la Unidad de Pacientes Críticos en atención cerrada. Esta diversidad de prestaciones refleja una estructura asistencial capaz de acompañar al paciente a lo largo de todo su proceso clínico, desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica especializada en escenarios de mayor complejidad.



Por su parte, la Terapia Ocupacional complementa este modelo de atención rehabilitadora mediante actividades centradas en la funcionalidad, el desempeño ocupacional y la adaptación del paciente a su entorno. Las prestaciones incluyen atenciones integrales e intervenciones vinculadas al uso de ayudas técnicas y tecnología asistida en atención abierta y cerrada. Esta cobertura permite abordar tanto la recuperación física como la autonomía funcional, integrando un enfoque que favorece la continuidad del cuidado y la transición segura desde el entorno hospitalario hacia la vida cotidiana.

Durante 2023, la producción de kinesiología y terapia ocupacional mostró una diferencia importante entre lo programado y lo ejecutado en atención abierta. En kinesiología, se programaron 32.902 atenciones y se realizaron 81.789, mientras que en terapia ocupacional se programaron 3.264 y se ejecutaron 6.355. Estas brechas se explican por una programación inicial inferior al volumen de actividad finalmente realizado. Específicamente, el diferencial en la programación 2023 se atribuye a una divergencia entre la oferta validada y la capacidad productiva real. Esto se debió a que la disponibilidad de horas profesionales de Kinesiología y Terapia Ocupacional en la

Planilla de Programación No Médica no se encontraba administrativamente consolidada al cierre de la etapa de programación, lo que limitó la planificación inicial pese a la continuidad efectiva del recurso humano durante el periodo.

En 2024, las cifras mantienen un patrón similar. En kinesiología, se programaron 39.243 atenciones de atención abierta y se ejecutaron 73.604, mientras que en atención cerrada se registraron 27.175 actividades, frente a 35.080 del año anterior. En terapia ocupacional, las atenciones programadas alcanzaron 2.504 y las ejecutadas 7.320, con una producción en atención cerrada estable entre ambos años (1.768 en 2023 y 1.738 en 2024). En conjunto, los datos muestran que la demanda efectiva de actividades de rehabilitación supera de forma sostenida lo programado en ambos años y que la producción se mantiene alta tanto en atención abierta como cerrada.

Tabla N°13: Producción de Kinesiología y Terapia Ocupacional, atención abierta y cerrada, 2023-2024

Área	Atención	2023	2024
Producción kinesiología	Programado Atención Abierta	32.902	39.243
	Ejecutado Atención Abierta	81.789	73.604
	Realizado Atención Cerrada	35.080	27.175
Producción terapia ocupacional	Programado Atención Abierta	3.264	2.504
	Ejecutado Atención Abierta	6.355	7.320
	Realizado Atención Cerrada	1.768	1.738

Fuente: Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Traumatólogo de Concepción

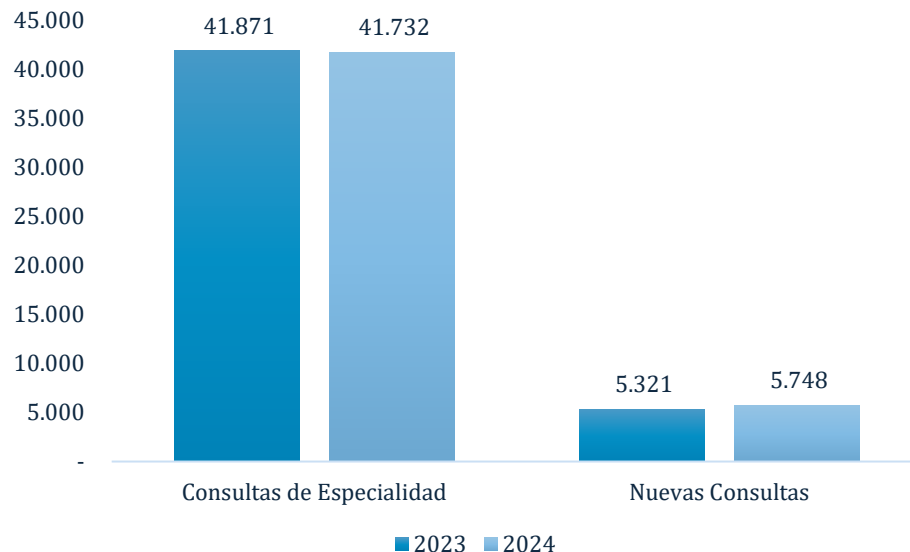


Atención Traumatología

Durante 2023, el Hospital Traumatólogo de Concepción resolvió 41.871 consultas de especialidad, de las cuales 86,1% correspondieron a Traumatología y Ortopedia. En 2024 se registraron 41.732 consultas, con 85,5% de participación traumatológica, observándose una leve disminución de 0,3% en la actividad total de consultas entre ambos períodos.

En contraste, las consultas nuevas de especialidad aumentaron de 5.321 en 2023 a 5.748 en 2024, lo que representa un incremento de 9,8% en la resolución de nuevas atenciones, reflejando una mayor capacidad de ingreso y resolución de demanda nueva.

Gráfico N°5: Atención traumatológica Ambulatoria



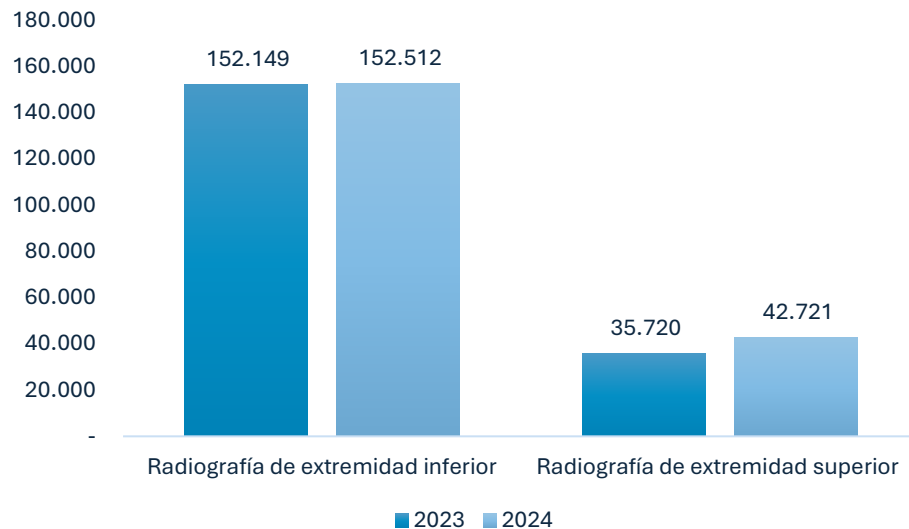
Fuente: Gestión de la Información del Hospital Traumatólogo de Concepción, 2025

Respecto de las radiografías, entre 2023 y 2024, el Hospital Traumatólogo de Concepción mantiene un volumen estable de radiografías de extremidad inferior, con 152.149 exámenes en 2023 y 152.512 en 2024, lo que representa una variación marginal del 0,2%. Este comportamiento refleja una demanda sostenida en estudios diagnósticos asociados a lesiones de rodilla, cadera y tobillo, propias del perfil clínico traumatológico del establecimiento.

En contraste, las radiografías de extremidad superior presentan un incremento más significativo, pasando de 35.720 en 2023 a 42.721 en 2024, equivalente a un aumento del 19,6%. Este incremento se vincula a un mayor requerimiento diagnóstico para patologías y lesiones de hombro, codo y muñeca, así como a controles postoperatorios y evaluaciones funcionales posteriores a intervenciones quirúrgicas.

En conjunto, ambas series muestran una actividad diagnóstica estable en extremidad inferior y un crecimiento en extremidad superior durante el periodo analizado, configurando un panorama de demanda consistente en imagenología traumatológica y una mayor utilización de estudios en segmentos anatómicos asociados a intervenciones y seguimientos clínicos.

Gráfico N°6: Radiografías



Fuente: DEIS 2025

Beneficiarios FONASA en la región del Biobío

La Región del Biobío concentra una parte importante de la población que utiliza el seguro público de salud. Los datos abiertos localizados de Fonasa son limitados y exigen procesar las bases de datos oficiales. En 2022 la región del Biobío tenía 1.495.535 personas adscritas a Fonasa, de las cuales el 93,6 % estaban inscritas en la red de atención primaria.

Tabla N°14: Caracterización de beneficiarios FONASA en la Región del Biobío (2024)

Indicador	Descripción breve	Valor / situación
Total beneficiarios Fonasa (2024)	Personas adscritas a Fonasa en la región del Biobío Diciembre 2024 (cotizantes y cargas)	1.495.535 personas
Inscritos en Atención Primaria (APS)	Beneficiarios Fonasa que están inscritos en la red de atención primaria de salud (APS)	1.399.479 personas (93,6% del total de beneficiarios)
Tramo A	Personas carentes de recursos o migrantes que califican para el tramo A	278.406 beneficiarios (18,6% del total)
Tramo B	Beneficiarios con ingreso imponible mensual ≤\$380.000	611.142 beneficiarios (40,09%)
Tramo C	Beneficiarios con ingreso imponible mensual >\$380.000 y ≤\$554.800	244.036 beneficiarios (16,3%)
Tramo D	Beneficiarios con ingreso imponible mensual >\$554.800	361.951 beneficiarios (24,2%)
Beneficiarios por sexo	Número y porcentaje de beneficiarios hombres, mujeres u otros en la región	780.360 mujeres (52,2%) – 715.152 hombres (47,8%) – 23 sin info. (0,0%)

Observaciones y recomendaciones

- **Tramos socioeconómicos:** La distribución por tramos muestra que los segmentos A y B —que corresponden a población más vulnerable o con ingresos menores a \$380 000— concentran casi 60 % de los beneficiarios. Esto sugiere una alta dependencia de la red pública en los niveles socioeconómicos bajos.
- **Cobertura de Atención Primaria:** Casi todos los beneficiarios de Fonasa en Biobío están inscritos en la atención primaria (93,6 %), lo que refleja la relevancia de la APS como puerta de entrada al sistema de salud.

4.3 Indicadores de gestión y eficiencia hospitalaria (GRD) del Hospital Traumatólogo de Concepción 2023-2024

El Hospital Traumatólogo de Concepción consistentemente gestionó una casuística de mediana complejidad, como lo demuestra el Peso Medio de los Egresos Brutos, que se mantuvo por encima de 1,00 en ambos años. Se observa una ligera tendencia decreciente en la complejidad media de los casos entre 2023 (1,0663) y 2024 (1,0493).

En cuanto a la eficiencia en términos de estancia, la Estancia Media (EM) Bruta y Depurada mostraron una mejora constante entre 2023 y 2024, pasando de 7,9 a 7,3 días en EM Bruta y de 6,1 a 5,5 días en EM Depurada. Sin embargo, el Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) revela que el hospital, en promedio, tuvo a sus pacientes hospitalizados más tiempo de lo esperado considerando su nivel de complejidad (IEMA > 1) en ambos años. Aunque el IEMA se mantuvo desfavorable, se observó una ligera mejora en la eficiencia funcional en el uso de camas, ya que el índice se redujo de 1,15 en 2023 a 1,10 en 2024. Esto indica que, aunque el hospital sigue por encima del estándar nacional, su desempeño mejoró en el último año.

Unidades Productivas Hospitalarias (UPH)

El indicador UPH, que mide la actividad o producción hospitalaria ponderada por la complejidad de los casos, muestra un incremento en la actividad ponderada entre 2023 (3.905 UPH) y 2024 (4.165 UPH). Este aumento se alinea con el mayor número de egresos brutos registrados en 2024 (3.969), lo que sugiere una recuperación en el volumen de producción del hospital durante el último año del periodo analizado.

Gestión de Estancias Prolongadas

En relación con la gestión de casos extremos, se observa una optimización dado que la proporción de Outliers Superiores disminuyó del 8,2% en 2023 al 6,0% en 2024, evidenciando un mejor control sobre los tiempos de hospitalización generales. Sin embargo, la Estancia Media de este grupo específico se elevó a 34,5 días, lo que indica que, si bien el volumen de casos atípicos se redujo, aquellos que persisten presentan una complejidad clínica o socio-sanitaria mayor, generando estancias significativamente más extensas.

Indicadores de Calidad (Mortalidad)

Un resultado altamente positivo y destacable en el indicador de calidad de mortalidad es que el porcentaje de fallecidos se mantuvo estable en 0,7% tanto en 2023 como en 2024. Este bajo y estable porcentaje sugiere una clara optimización de los

procesos clínicos y/o la gestión de pacientes de alto riesgo dentro del hospital, lo que es un indicio fuerte de mantenimiento de la calidad de la atención hospitalaria

Tabla N°15: Evolución de indicadores GRD 2021-2024, Hospital Traumatológico de Concepción

Indicadores GRD	2023	2024
Egresos Brutos		
Número de Egresos	3.662	3.969
Peso Medio	1,0663	1,0493
Estancia Media	7,9	7,3
Egresos Depurados		
Número de Egresos	3.363	3.731
Peso Medio	1,0662	1,0402
Estancia Media	6,1	5,5
Indicadores de Uso de Camas		
Estancia Media Ajustada	5,32	5,01
Índice de Estancia Media Ajustada	1,15	1,10
Egresos con Estadías Prolongadas Superiores		
Número de Egresos	299	238
% Outliers	8,2%	6,0%
Peso Medio	1,0676	1,1924
Estancia Media	28,4	34,5
Número de Fallecidos	26	26
% Fallecidos	0,7%	0,7%
Unidades Productivas Hospitalarios		
UPH	3.905	4.165

Fuente: Evolución de indicadores GRD, Ministerio de Salud (MINSAL)

La relevancia de este diagnóstico se magnifica al considerar la transición del Hospital Traumatólogo de Concepción hacia la nueva modalidad de financiamiento por GRD desde 2025. Dado que el financiamiento está directamente ligado a la complejidad registrada (Peso Medio) y la eficiencia en el uso de camas (IEMA y Outliers), resulta imperativo abordar la baja en la eficiencia funcional ($IEMA > 1$) y la gestión de las Estancias Prolongadas.



4.4 Evaluación Global de la Gestión Hospitalaria 2023-2024

La gestión del Hospital Traumatólogo estuvo fuertemente marcada por la pandemia Covid 19, situación que marcó un antes y un después en la labor hospitalaria, pues se designó como centro de referencia para pacientes Covid de la red del Servicio de Salud Concepción, debiendo convertir, aproximadamente, el 60% de sus camas para atender a las personas afectadas por esta patología.

Esta medida también implicó la suspensión de cirugías electivas, generando con ello un estancamiento en la resolución de lista de espera quirúrgica por, prácticamente, dos años (tanto lista de espera quirúrgica como ambulatoria), así como también, un estancamiento en procesos claves para la gestión institucional.

Durante el año 2023, el Hospital Traumatólogo de Concepción cerró con un cumplimiento GES de 89,25%, situándose bajo el umbral exigido para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Este resultado evidenció brechas en la oportunidad de atención y en la gestión de las garantías, lo que implicó la necesidad de fortalecer los procesos internos para asegurar una respuesta más eficiente a los usuarios. Durante el período 2024, alcanzó un 95,23% de cumplimiento de la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud. Este resultado refleja un alto nivel de respuesta institucional frente a las garantías explícitas en salud, evidenciando una mejora significativa respecto del año anterior. Comparativamente, se observa un aumento de 5,98 puntos porcentuales entre 2023 y 2024, lo que demuestra avances en la gestión, coordinación y seguimiento de los casos GES.

Durante el periodo 2023-2024, las acciones se enfocaron al desarrollo de una estrategia que permitiera, por una parte, reducir en el más breve plazo la lista de espera acumulada y optimizar los procesos asistenciales del hospital.

Uno de los logros más destacados es la optimización del proceso quirúrgico, junto con la creación de la Unidad Prequirúrgica, lo que se demuestra en el incremento del número de cirugías realizadas y la notable reducción en la lista de espera quirúrgica. En los últimos doce meses, la producción quirúrgica aumentó en un 40%, permitiendo dar resolución a pacientes en espera para ser operados desde los años 2018, 2019 y 2020 (eliminando la LE de estos años). Estos avances no solo reflejan una mejora en la eficiencia operativa, sino también un compromiso con la atención oportuna para los pacientes.

Un aspecto importante a considerar, también, es la mirada de la gestión de traumatología como red, que busca integrar protocolos y procedimientos desde la

atención primaria, para favorecer el diagnóstico, derivación y tratamiento de los pacientes. Es este aspecto, se destaca la realización de la 1° Jornada de Traumatología para Médicos APS de la macrored, convocada por el hospital, donde participaron más de 170 médicos.

El desarrollo de proyectos de innovación clínica, junto con la incorporación de cirugías pioneras y nuevo equipamiento, ha fortalecido el posicionamiento del hospital como referente en Traumatología. La adopción de tecnologías avanzadas, como el neuroestimulador de la raíz dorsal, ha mejorado su capacidad para brindar tratamientos de alta calidad.



La gestión del Hospital Traumatólogo de Concepción, ha estado concentrada en mantener una mirada integral en la optimización y modernización del establecimiento. A su vez, se ha establecido una visión clara de lo que espera lograr: ser un hospital autogestionado y líderes en la traumatología a nivel país. Este enfoque ha permitido lograr avances significativos en múltiples áreas clave, consolidando al hospital como un referente en atención de calidad y eficiencia, posicionando al HTC como establecimiento de Especialidad en toda la Red, Macrored y sur de Chile.

Un hito importante, dentro de esta área, fue la solicitud realizada al Minsal para invitar al Traumatólogo a la autogestión, la que se concretó a fines de 2023.

La modernización del Modelo de Gestión Hospitalaria, mediante una actualización estructural (cambio del organigrama), que se alinea con el enfoque de hospital autogestionado, fue un trabajo arduo y colaborativo. Esto tuvo como objetivo elevar la gestión a un nivel superior, que facilite una mayor autonomía, otorgando fluidez a los procesos y adaptabilidad en la operatividad del hospital, permitiendo una integración más eficiente de las prácticas modernas y tecnologías avanzadas, posicionando al hospital en la vanguardia de la gestión sanitaria, mejorando sus procesos en gestión clínica, administrativa, gestión de enfermería y gestión de personas.

Un logro destacado bajo la dirección del hospital ha sido la obtención, en junio 2024, de la Tercera Acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente. Este reconocimiento es un testimonio de la dedicación continua del director para asegurar altos estándares en la atención sanitaria, subrayando el compromiso del hospital con la excelencia y la seguridad en el cuidado de sus pacientes.

Un aspecto particularmente valioso de la gestión ha sido el fortalecimiento del trabajo con la comunidad y el Consejo Consultivo. La colaboración activa con estos actores ha mejorado la relación del hospital con su entorno y ha enriquecido la toma de decisiones, asegurando que las estrategias adoptadas reflejen las necesidades y expectativas de los usuarios y usuarias. Una muestra de ello es la conformación de la Mesa de Seguridad de Salud Pública, liderada por el Consejo Consultivo del hospital, que reúne a representantes de diversos servicios públicos con representantes del hospital y representantes de la comunidad para tratar temas relativos a la seguridad y accesibilidad al recinto asistencial.



Respecto a la Gestión de Personas, se lograron avances en la calidad de vida laboral y el clima organizacional, destacando iniciativas de conciliación como el Club Infantil. No obstante, el ausentismo laboral por licencias médicas se mantiene como el nudo crítico estructural más complejo, impactando transversalmente en el cumplimiento de metas de eficiencia y siniestralidad, lo que obliga a mantener estrategias de control y acompañamiento como prioridad para el próximo ciclo.



En síntesis, el Hospital Traumatólogo de Concepción cierra este bienio con una capacidad resolutiva fortalecida, un liderazgo validado en la red asistencial y una estructura organizacional modernizada (nuevo organigrama). Aunque enfrenta la presión de una demanda creciente y restricciones de infraestructura física, el establecimiento cuenta hoy con las bases de gestión clínica y administrativa necesarias para asumir los desafíos del Plan Estratégico 2025-2028.

4.5 Estructura organizacional

El Hospital Traumatólogo de Concepción entre sus objetivos estratégicos ha definido que su estructura orgánica y funcional debe reflejar su capacidad adaptativa a las necesidades de los usuarios, capacidades técnicas, tecnológicas y tendencias del sector salud. En este contexto, mediante Resolución Exenta N° 4403/2024, se actualizó el organigrama institucional, representando oficialmente la estructura vigente del establecimiento. Este rediseño consolida la creación de Centros de Responsabilidad (CR) y Departamentos clínicos y administrativos, junto con la migración y reorganización de unidades, fortaleciendo la gestión por procesos y la rendición de resultados.



Estos cambios estructurales obedecen a un proceso planificado de gestión del cambio, iniciado a fines de 2023, orientado a preparar al hospital para su transformación en Establecimiento Autogestionado en Red. Dicho proceso ha implicado la formalización de funciones, la consolidación de liderazgos intermedios y la redefinición de responsabilidades, ajustándose a las normativas vigentes validadas por el Servicio de Salud Concepción.

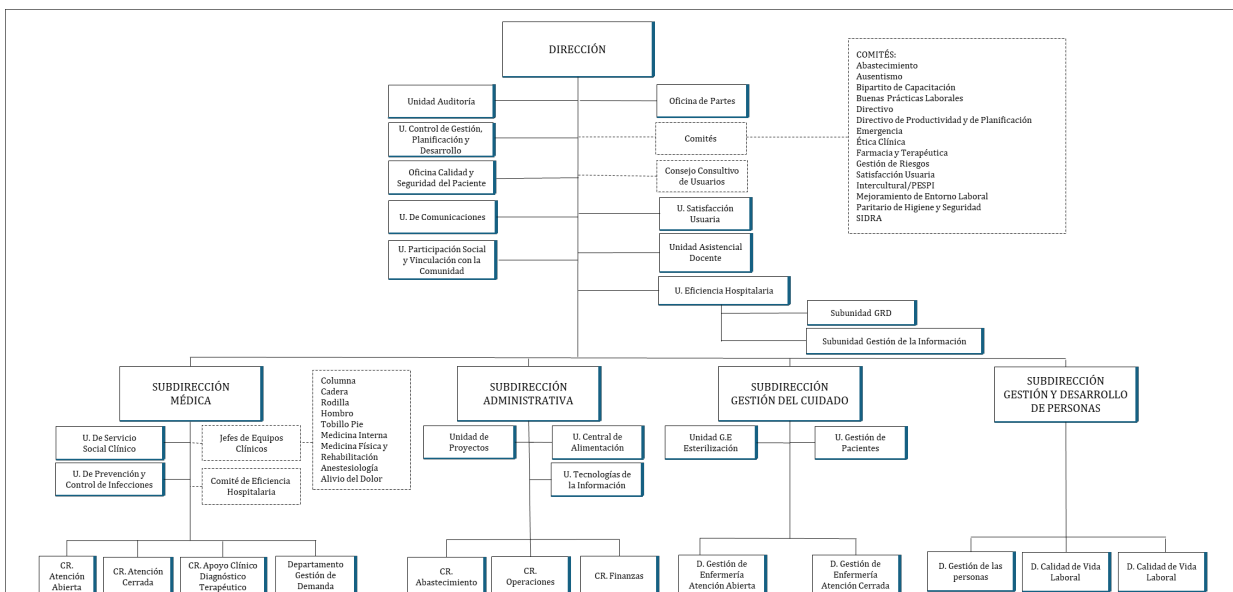
De esta manera, se ha definido que la Dirección del Hospital esté integrada por las siguientes Subdirecciones: Médica, Administrativa, Gestión y Desarrollo de las Personas, y Gestión del Cuidado, a cargo de los respectivos subdirectores. Además, las siguientes unidades: Unidad de Auditoría, Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo, Unidad de Comunicaciones, Unidad de Participación Social y Vinculación con la Comunidad, Unidad de Satisfacción Usuaría, Unidad Asistencial Docente, Unidad de Eficiencia Hospitalaria, además de una Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente y una Oficina de Partes y Archivo.

Se ha establecido también un Consejo Consultivo de Usuarios, integrado por representantes de la comunidad, representantes de los trabajadores y de la Dirección del Hospital Traumatólogo de Concepción, cuya función de asesorar al Director del establecimiento en la fijación de políticas institucionales y en la definición y evaluación de los planes institucionales.



Asimismo, el hospital tiene los siguientes Comités: de Abastecimiento, de Ausentismo, Bipartito de Capacitación, de Buenas Prácticas Laborales, Directivo, Directivo de Productividad Quirúrgica y de Planificación, de Emergencia, de Ética Clínica, de Farmacia y Terapéutica, de Gestión de Riesgos, de Satisfacción Usuaría, Intercultural/PESPI, de Mejoramiento de Entorno Laboral, Paritario de Higiene y Seguridad, y SIDRA.

Figura N°1: Organigrama General Hospital Traumatólogo de Concepción Vigente en 2025



Fuente: Resolución Exenta N° 4403/2024

Principal Equipamiento

La gestión del equipamiento e infraestructura constituye un componente relevante dentro de los estándares de acreditación hospitalaria. El establecimiento cuenta con instalaciones modernas y equipamiento clínico actualizado, aunque la ausencia de una central de esterilización propia obliga a externalizar este servicio, manteniendo un sistema de trazabilidad documental y control de recepción del material estéril. Esta dependencia externa se ha identificado como una necesidad prioritaria de inversión, por lo que se ha visualizado el desarrollo del proyecto de Central de Esterilización dentro de los desafíos de infraestructura para el próximo período.



Durante 2024, se concretaron diversas adquisiciones relevantes orientadas a fortalecer la capacidad resolutoria del hospital. En el área quirúrgica y de pabellón, se incorporó una mesa quirúrgica, videolaringoscopio portátil, equipo intraoperatorio, ecógrafo y arco en C portátil, adquiridos con fondos Subtítulo 29 y COLDAS. En diagnóstico y tecnología clínica, se implementaron sistemas de teleradiografía, el equipo THELIOS para radiografías en estrés y un neuroestimulador para cirugía de columna. En hospitalizados y control de infecciones, se renovaron electrocardiógrafos, refrigeradores clínicos y monitores multiparámetros, además de bioluminómetros para el control de aseo y desinfección. En rehabilitación, se adquirieron equipos de baño de parafina, onda de choque, ultrasonido y TENS. Asimismo, se incorporaron dos cortadoras de yeso en atención ambulatoria y equipamiento semiindustrial para la Central de Alimentación, incluyendo un mesón refrigerante, horno a gas, freezer vertical y baño maría.

Para 2025, los principales desafíos se orientan a fortalecer las áreas críticas de apoyo diagnóstico y operativo, mediante la formulación de un proyecto para la adquisición de equipos de resonancia magnética y tomografía axial computarizada (RM y TAC), actualmente cubiertos mediante compra de servicios. También se proyecta obtener financiamiento para la construcción de la Central de Esterilización, la

construcción de un sexto piso en la estructura actual, y adquirir una impresora termoláser para el box de toma de muestras en atención ambulatoria.

En cuanto al equipamiento crítico que actualmente se requiere de otros establecimientos, el hospital ha presentado al Gobierno Regional del Biobío dos proyectos para su financiamiento: Arco C 3D y Reenvasadora de medicamentos.



4.5.1 Dirección

La Dirección del Hospital Traumatólogo de Concepción depende directamente de la Dirección del Servicio de Salud Concepción y tiene como misión liderar la gestión técnico-asistencial y administrativa del establecimiento, asegurando el cumplimiento de las metas institucionales, la eficiencia en el uso de los recursos y la calidad de la atención otorgada a los usuarios. Su función principal es dirigir, coordinar y supervisar las acciones orientadas a garantizar un proceso asistencial eficiente, articulado con la red hospitalaria, con foco en el ámbito de la traumatología y alineado con las políticas públicas del sector salud. Bajo su conducción se desarrollan los procesos estratégicos que sustentan el modelo de atención del hospital, con énfasis en la seguridad del paciente, la humanización de los cuidados y la modernización de la gestión sanitaria.

La orgánica de la Dirección está compuesta por unidades asesoras y de apoyo a la gestión, entre ellas la Unidad de Auditoría, encargada de velar por el cumplimiento de la normativa, el control de gestión y el uso eficiente de los recursos; la Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo, responsable del seguimiento de los indicadores institucionales, metas de gestión y planificación estratégica; la Unidad de Comunicaciones, orientada a la difusión institucional y la vinculación con la comunidad; la Unidad de Participación Social y Satisfacción Usuaria, que lidera la relación con usuarios y organizaciones sociales; la Unidad Asistencial Docente, que articula las actividades formativas con universidades y centros de formación profesional; la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, que impulsa las políticas de mejora continua y acreditación; la Unidad de Eficiencia Hospitalaria, encargada de la información estratégica para la toma de decisiones y la Oficina de Partes, que tiene a su cargo la gestión documental. Asimismo, el Consejo Consultivo de Usuarios opera como instancia participativa permanente que promueve el diálogo entre la comunidad y la gestión directiva.

Durante los últimos dos años, la Dirección del Hospital Traumatólogo de Concepción ha liderado un proceso de transformación organizacional orientado a fortalecer su estructura de gestión, con el propósito de avanzar hacia la autogestión hospitalaria y tener el reconocimiento del aumento de su complejidad a través de los procesos clínicos manifestados en una cartera de servicios acorde. Este cambio ha implicado la creación de Centros de Responsabilidad y nuevos departamentos, la migración de unidades clínicas y administrativas, y la formalización de procesos de planificación estratégica, evaluación de desempeño y gestión por resultados. Este tránsito, desarrollado de manera gradual y planificada, ha permitido al hospital consolidarse en 2024 como un establecimiento invitado a la Autogestión en Red (EAR),

resultado del trabajo sostenido desde 2018 en la modernización de su gestión y la mejora continua de sus indicadores institucionales.

La Dirección ha impulsado un modelo de administración más descentralizado y basado en la evidencia, incorporando la Unidad de Eficiencia Hospitalaria, dependiente directamente de la Dirección, con subunidades de Gestión de la Información y GRD, las que generan datos de desempeño asistencial y financiero en tiempo real para la toma de decisiones. En 2024 se implementó además la metodología nacional de control de costos por absorción de gastos incurridos, bajo lineamientos del MINSAL y DIPRES, lo que permitió al hospital avanzar en la integración clínico-financiera y en la gestión de recursos por centro de responsabilidad. Este avance se complementa con el fortalecimiento de la Gestión de Costos, absorbida por Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo, cuyo desafío 2025 es consolidar un modelo de toma de decisiones basado en datos (big data local) y establecer una cultura organizacional de co-responsabilidad clínico-financiera.

Uno de los hitos más relevantes de la gestión directiva ha sido la resolución de la lista de espera quirúrgica correspondiente a los años 2018, 2019 y 2020, logro que posicionó al hospital en 2024 como el segundo establecimiento más eficiente del país en la resolución de listas de espera antiguas, obteniendo por ello un reconocimiento por parte del Ministerio de Salud. Este resultado se ha complementado con avances sostenidos en la reducción de las listas de espera por consulta nueva de especialidad, consolidando la efectividad del trabajo clínico y la coordinación entre las unidades de atención abierta y cerrada. Dichos logros reflejan un desempeño institucional alineado con las metas de la Red Asistencial y con los compromisos ministeriales de acceso y oportunidad.



En el ámbito de la calidad y seguridad del paciente, el hospital obtuvo su tercera acreditación en junio de 2024, por Resolución Exenta N°4194 de la Superintendencia de Salud, reafirmando su compromiso con los estándares nacionales en la gestión del riesgo clínico y la mejora continua. La Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente ha liderado la actualización de protocolos y el fortalecimiento de la cultura de seguridad, incorporando auditorías internas, trazabilidad de eventos centinela y programas de formación en buenas prácticas clínicas.

La Dirección ha consolidado además su vínculo con la comunidad, mediante el trabajo de la Unidad de Participación Social y Vinculación con la Comunidad, la Unidad de Satisfacción Usuaría y el Consejo Consultivo de Usuarios. Durante 2024 se realizaron cuatro visitas guiadas, una pre-cuenta y cuenta pública participativa, y se conformó la Mesa de Seguridad sobre Prevención y Tratamiento de las Agresiones a los Trabajadores del Hospital Traumatólogo junto a la Municipalidad de Concepción, la Delegación Presidencial, el Gobierno Regional del Biobío, la Seremi de Salud, Carabineros de Chile y el Hospital Guillermo Grant Benavente. Este espacio permitió abordar de manera intersectorial las condiciones de seguridad del entorno hospitalario en el marco de la Ley 21.188, normativa que refuerza la protección penal, administrativa y laboral de los funcionarios de la salud frente a agresiones, obligando a los establecimientos a implementar medidas preventivas, protocolos de actuación y acciones de coordinación con el territorio. Asimismo, se incorporaron seis nuevas agrupaciones de voluntariado, se implementó el Protocolo de Atención a Pacientes Trans y se creó la Mesa de Género e Inclusión, consolidando una gestión participativa, inclusiva y con enfoque de derechos.



A nivel interno, la Dirección ha fortalecido su rol estratégico en la gestión del desempeño institucional, mediante la Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo, encargada de coordinar el seguimiento de metas, la formulación del Plan Estratégico 2025–2028 y la implementación de un Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) que articulará los objetivos de todas las subdirecciones. Esta unidad ha sido clave en el acompañamiento técnico del proceso de planificación estratégica, articulando la información clínica, administrativa y financiera para una gestión integrada en red.



Cabe destacar que, si bien el hospital cuenta con instalaciones modernas y equipamiento actualizado, la falta de espacio físico representa una limitante estructural significativa para su crecimiento y expansión de servicios. Pese a ello, la gestión directiva ha promovido el uso eficiente de las áreas disponibles, priorizando la optimización de flujos asistenciales y la coordinación con otros hospitales de la red. En este contexto, se proyecta como necesario inversiones en infraestructura y equipamiento crítico que permitan fortalecer la continuidad de la atención, especialmente en áreas de alta demanda quirúrgica y en unidades de apoyo diagnóstico.

De cara al futuro, los principales desafíos de la Dirección se orientan a consolidar la autogestión hospitalaria, garantizar la sostenibilidad financiera en un contexto de demanda creciente y continuar fortaleciendo y liderando el modelo de atención integral en red, desde el ámbito traumatológico, integrando la atención abierta y cerrada bajo criterios de eficiencia, calidad y equidad. La implementación de un modelo de gestión basado en eficiencia hospitalaria, la integración de sistemas de información, la optimización del gasto hospitalario y la gestión del talento humano para la autogestión, se constituyen como ejes estratégicos prioritarios, los cuales, en conjunto, consolidan al Hospital Traumatólogo de Concepción como un hospital de especialidad, referente regional en gestión clínica, innovación, desarrollo organizacional y vinculación comunitaria, preparado para asumir los estándares de un establecimiento autogestionado de alta complejidad.

Desde la perspectiva de la Dirección, uno de los desafíos estructurales más relevantes para el crecimiento del Hospital Traumatólogo de Concepción es avanzar en proyectos de infraestructura crítica que permitan sostener la modernización del modelo de atención y responder a la creciente demanda asistencial. En este marco, la creación de una Central de Esterilización propia constituye una prioridad estratégica, no solo para asegurar la continuidad operativa del proceso quirúrgico, sino también para dotar al establecimiento de autonomía técnica, menor vulnerabilidad ante fallas externas y una capacidad instalada coherente con su tránsito hacia la autogestión hospitalaria. Este proyecto permitiría estandarizar procesos, fortalecer la seguridad del paciente y garantizar la trazabilidad del instrumental quirúrgico bajo estándares de alta complejidad.

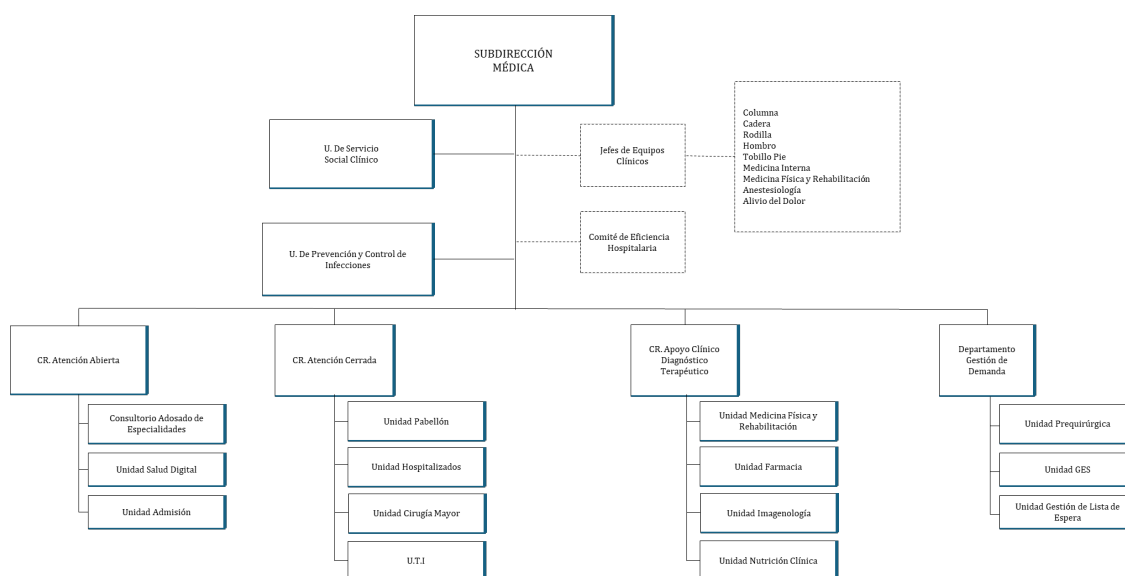
En paralelo, la construcción de un sexto piso representa una iniciativa clave para ampliar la infraestructura hospitalaria y abordar el déficit de espacio físico que actualmente limita la expansión de servicios. Su desarrollo permitiría aumentar la capacidad de hospitalización, reorganizar unidades clínicas de alta demanda y avanzar hacia un modelo de atención más integrado entre hospitalización, rehabilitación y soporte quirúrgico. Ambas iniciativas se articulan con los lineamientos estratégicos de la Dirección: consolidar al hospital como establecimiento de especialidad de referencia regional, proyectar su transición hacia un régimen de autogestión en red y asegurar que la infraestructura acompañe el crecimiento clínico, tecnológico y organizacional que ha caracterizado su evolución en los últimos años.

4.5.2 Subdirección Médica

La Subdirección Médica depende directamente de la Dirección del Hospital y tiene como función principal planificar, coordinar, gestionar y controlar las actividades asistenciales del establecimiento. Le corresponde definir los criterios de asignación del recurso humano clínico, velar por el cumplimiento de los objetivos y metas sanitarias, y garantizar la calidad de las atenciones médicas, en concordancia con los lineamientos del Servicio de Salud Concepción y las normativas del Ministerio de Salud. El Hospital Traumatólogo de Concepción es un establecimiento de carácter quirúrgico y de especialidad, enfocado en la atención traumatológica y ortopédica de adultos. En este contexto, la Subdirección Médica cumple un rol estratégico en la gestión de la capacidad resolutoria del hospital, articulando la atención médica con un enfoque en eficiencia, seguridad del paciente y continuidad asistencial.

La Subdirección Médica coordina a los Jefes de Equipos Clínicos especializados —columna, cadera, rodilla, mano, hombro, tobillo-pie, tumores, medicina interna, medicina física y rehabilitación, anestesiología y alivio del dolor— además de Unidades Asesoras como el Comité de Eficiencia Hospitalaria, la Unidad de Servicio Social Clínico, la Unidad de Prevención y Control de Infecciones, el Departamento de Gestión de la Demanda y los Centros de Responsabilidad de Atención Abierta, Atención Cerrada, Apoyo Clínico Diagnóstico Terapéutico. Esta estructura permite abordar integralmente la gestión de pacientes hospitalizados, procedimientos quirúrgicos y seguimiento ambulatorio, garantizando continuidad en la atención.

Figura N°2: Organigrama Subdirección Médica 2025



Fuente: Resolución Exenta N° 4403/2024

Durante el último periodo se ha observado un aumento sostenido en la productividad quirúrgica del hospital. En comparación con 2023, las cirugías mayores se incrementaron en un 13,4%, resultado asociado a la optimización de los pabellones, la reorganización de equipos y la mejora en la programación médica. Las cirugías ambulatorias —entre ellas menisectomías, hallux valgus y túnel carpiano— aumentaron en un 33%, fortaleciendo la estrategia de atención quirúrgica de menor complejidad y reduciendo la presión sobre las camas hospitalarias. En el ámbito de las patologías GES, se ha mantenido un alto nivel de cumplimiento, particularmente en las cirugías de cadera, con un promedio de tres intervenciones semanales y una estadía postoperatoria inferior a siete días.

Las principales patologías y diagnósticos atendidos entre 2024 y 2025 corresponden a artrosis de cadera, desgarró manguito rotador, fractura humero proximal, fractura del radio, fractura cuello de fémur, fractura tobillo, complicación mecánica de fijación interna e infección dispositivo de fijación interna. Mientras que las principales cirugías han sido osteítis, raspado, c/s secuestrectomía; retiro material de osteosíntesis; luxofractura de tobillo; endoprótesis total de cadera; osteosíntesis radio; fractura del cuello fémur c/ots; biopsia ósea quirúrgicas y artroscopia DG. C/S biopsia E.T.C.

La creciente especialización de los equipos ha permitido incorporar técnicas quirúrgicas menos invasivas, como procedimientos percutáneos en rodilla, mano y pie, que reducen la ocupación de camas y favorecen una rehabilitación precoz. En el caso del equipo de columna, se ha implementado el uso de neuroestimuladores para el manejo del dolor crónico postquirúrgico, incorporando innovación tecnológica en beneficio del paciente.

Si bien el hospital no dispone de equipamiento propio para resonancia magnética o tomografía computarizada, se han establecido convenios que aseguran el acceso a dichos exámenes, manteniendo la continuidad del estudio pre y postoperatorio. En diagnóstico por imágenes, se cuenta con tecnología avanzada como las teleradiografías —para evaluación de ejes de extremidades inferiores— y el sistema THELIOS, que permite estudios de lesiones ligamentarias de rodilla sin exposición directa del especialista a rayos X. Entre los desafíos próximos se proyecta la adquisición de equipamiento de imagenología de alta resolución, fortaleciendo la autonomía diagnóstica del establecimiento.

La Subdirección Médica también ha impulsado la expansión de la atención traumatológica hacia la comuna de Coronel, con el propósito de mejorar la accesibilidad y oportunidad de atención en el territorio sur de la red. Este dispositivo, a cargo de dos traumatólogos de 22 horas, resuelve patologías de menor complejidad —como lesiones de tendones, fracturas simples y consultas nuevas de especialidad—,

descongestionando la demanda del hospital base y fortaleciendo el trabajo en red mediante flujos de contrarreferencia.

El fortalecimiento de la docencia y la formación de especialistas ha sido otro elemento clave en la gestión de la Subdirección Médica. En este ámbito se abren importantes oportunidades para diferenciar al hospital como un centro clínico universitario de excelencia, promoviendo además la investigación clínica aplicada y la publicación de estudios en el ámbito nacional e internacional. La ubicación geográfica, próxima a los principales centros formadores, y la alta concentración de talento clínico constituyen condiciones favorables para proyectar al establecimiento como referente docente-asistencial.

Desde el punto de vista tecnológico y de infraestructura, la Subdirección Médica enfrenta un escenario de expansión y modernización. La implementación futura de un resonador magnético, la creación de una unidad de esterilización propia y el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria —posibilitado por la eventual salida del Hospital Guillermo Grant Benavente— representan oportunidades concretas para incrementar la autonomía técnica y alcanzar la categoría de Hospital de Alta Complejidad. Del mismo modo, la incorporación permanente de nuevas tecnologías médicas e informáticas, junto con el fortalecimiento de la autogestión hospitalaria, permitirán optimizar la toma de decisiones clínicas y administrativas, avanzando hacia una gestión más moderna, eficiente y basada en evidencia.

El desarrollo territorial ha sido otro avance significativo. La extensión del servicio traumatológico hacia la comuna de Coronel ha mejorado la accesibilidad y oportunidad de atención para la zona sur de la red, resolviendo patologías de menor complejidad y reduciendo los traslados hacia Concepción. Este modelo de trabajo colaborativo con la red asistencial refuerza la integración funcional del hospital y consolida su rol resolutivo en el territorio.

Durante el año 2025, la Subdirección Médica del Hospital Traumatólogo de Concepción ha consolidado avances significativos en distintos ámbitos clínicos y de gestión. La actividad quirúrgica ha registrado un incremento del 25,7%, asociado a una mayor disponibilidad operativa de pabellones, mejoras en el proceso prequirúrgico y la reorganización de los equipos clínicos. Asimismo, se ha avanzado de manera sostenida en la resolución de listas de espera quirúrgica y de consulta nueva, junto con un cumplimiento favorable de la estrategia RELE. Un progreso relevante fue la instalación de la Unidad de Psiquiatría de Enlace, fortaleciendo el abordaje integral del paciente traumatológico y su salud mental en el contexto clínico.



El año también ha estado marcado por la incorporación de nuevos especialistas en áreas críticas, como geriatría y cirugía plástica, lo que amplió la capacidad resolutoria del establecimiento. En materia quirúrgica, las suspensiones disminuyeron en un 32,8%, reflejando mejoras en la coordinación asistencial y en la gestión del proceso quirúrgico. A su vez, el Comité de Eficiencia Hospitalaria contribuyó al avance en indicadores operativos, tiempos de resolución y uso de los recursos institucionales. Finalmente, la Subdirección Médica destaca el cumplimiento de metas sanitarias de la Ley 19.937 (ex 15.076), el fortalecimiento del trato al usuario, la implementación del Convenio FONASA, la consolidación del hospital como referente en procesos quirúrgicos dentro de la red y la realización de la Jornada de Traumatología de la Macro Red, que reafirmó el rol del establecimiento en la coordinación clínica regional.

Para 2026, la Subdirección Médica proyecta un conjunto de desafíos orientados a fortalecer la capacidad asistencial y avanzar en áreas clínicas prioritarias. Entre los ejes centrales se encuentra la creación de la Unidad de Ortogeriatría y la ampliación del programa de Alivio del Dolor Crónico, así como el fortalecimiento del Equipo de Reconstrucción y el impulso a la resolución de listas de espera en cirugía, consulta

nueva y procedimientos. También se proyecta potenciar la cirugía mayor ambulatoria y consolidar la Unidad de Salud Digital, con el objetivo de mejorar los procesos de seguimiento clínico, teleasistencia y gestión de datos.

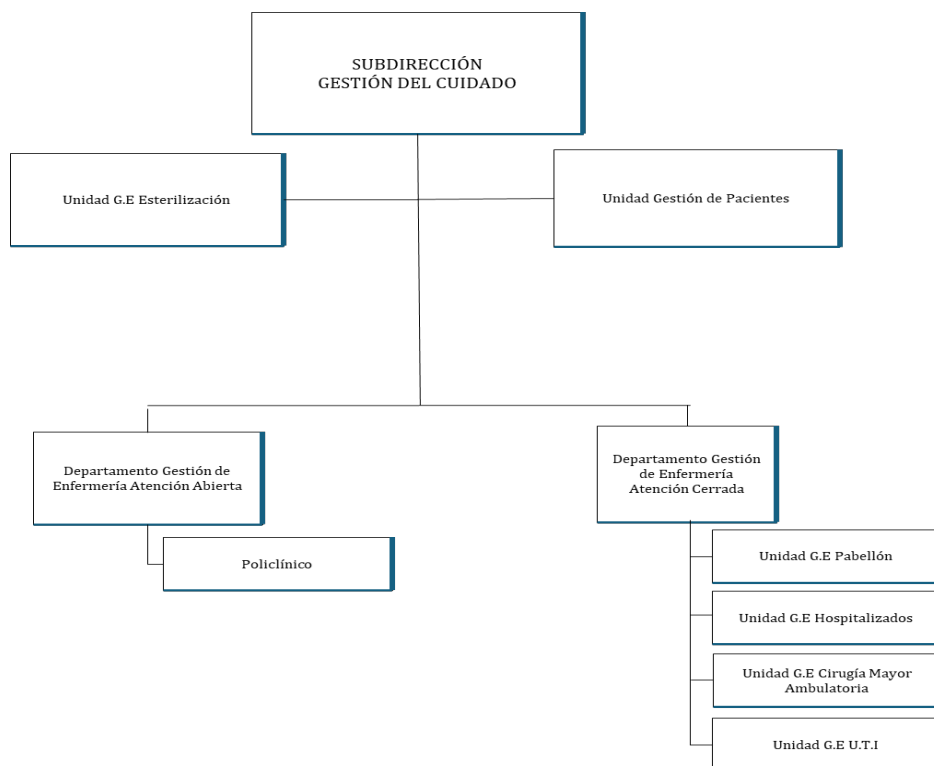
El periodo contempla además el refuerzo de la capacidad de cirugía fuera de horario en urgencias traumatológicas, junto con acciones dirigidas a mejorar los indicadores de eficiencia hospitalaria, especialmente el Índice Funcional y el IEMA. Asimismo, se continuará avanzando en el proceso de autogestión y en el desarrollo de capacidades propias de un hospital de alta complejidad. Entre las iniciativas estratégicas también se consideran el inicio del proyecto de pabellón de urgencia, la actualización del mapa de red en condiciones específicas como la escoliosis, el fortalecimiento de psiquiatría de enlace y áreas clínicas como osteosarcoma, así como el robustecimiento de la red de rehabilitación. Finalmente, se contempla la realización de jornadas técnicas dirigidas a Atención Primaria, rehabilitación y nutrición, orientadas a fortalecer las capacidades de la red asistencial.

Por último, es preciso destacar que un proyecto prioritario identificado por la Subdirección Médica para el siguiente periodo corresponde al desarrollo de una Central de Esterilización indispensable para sostener el crecimiento proyectado en producción quirúrgica, asegurar estándares de calidad y acompañar el avance hacia un modelo de alta complejidad.

4.5.3 Subdirección de Gestión del Cuidado

La Subdirección de Gestión del Cuidado del Hospital Traumatólogo de Concepción cumple un rol esencial en la administración y supervisión del quehacer clínico-asistencial, asegurando la calidad, seguridad y continuidad del cuidado entregado a los pacientes en las distintas unidades del establecimiento. Su estructura está compuesta por los departamentos de Gestión de Enfermería en Atención Cerrada y Atención Abierta, con sus respectivas Unidades Clínicas y 2 Unidades de dependencia directa; Unidad GE. Esterilización y Unidad Gestión de Pacientes. Esta orgánica permite articular de manera efectiva los procesos asistenciales, garantizando una gestión oportuna de los recursos humanos, físicos y tecnológicos involucrados en la atención directa de los usuarios.

Figura N°3: Organigrama Subdirección Gestión del Cuidado 2025



Fuente: Resolución Exenta N° 4403/2024

Durante 2024, la Subdirección de Gestión del Cuidado consolidó avances relevantes orientados a la eficiencia, la calidad y la humanización de la atención. La tercera reacreditación institucional contó con una participación activa de las unidades clínicas, que presentaron protocolos, evaluaciones periódicas y evidencia del cumplimiento de los estándares exigidos por el equipo evaluador.



Se suma la realización de la primera Jornada de Enfermería en Traumatología, instancia que fortaleció la especialización del personal y posicionó al hospital como referente en el área. En este mismo periodo, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) evidenció un crecimiento sostenido, alcanzando un aumento del 41,4% en su producción respecto del año anterior; con 737 egresos totales, lo que se reflejó a su vez en un incremento del 40% en las cirugías realizadas. Este desempeño fue posible gracias a una mejor articulación entre las unidades de enfermería, la Subdirección Médica y los equipos quirúrgicos, permitiendo optimizar el uso de camas, favorecer la rotación y disponer de mayor capacidad para pacientes hospitalizados de mayor complejidad.



La gestión del cuidado en la CMA ha sido clave para asegurar procesos de preparación, recuperación y alta en tiempos acotados, consolidándola como una línea estratégica para avanzar en eficiencia y resolución clínica.

En materia de gestión del cuidado y trato al usuario, las unidades de hospitalización y CMA fueron las que concentraron el mayor número de felicitaciones durante el año, destacando la calidad humana, la empatía y la calidez en la atención. Estos resultados reafirman una de las principales fortalezas del hospital: un equipo de enfermería comprometido con la seguridad y bienestar de los pacientes, que combina competencia técnica con una atención humanizada. La cohesión de los equipos clínicos, el clima laboral favorable y la presencia de personal especializado han sido elementos decisivos para mantener estándares de excelencia en la atención diaria.

En cuanto a los indicadores de eficiencia, los resultados asociados a GRD, uso de camas y número de egresos muestran avances respecto del año anterior, coherentes con el aumento del volumen quirúrgico y las mejoras implementadas en gestión clínica. La reducción de días de estancia, junto con el uso más eficiente de camas crítico y medias, ha permitido sostener un flujo clínico continuo y disminuir los tiempos de espera para pacientes hospitalizados. El incremento del número total de egresos, en conjunto con el

fortalecimiento de la atención cerrada, evidencia un desempeño clínico alineado con los objetivos institucionales de eficiencia operativa.



La Subdirección también ha liderado avances en control de infecciones y seguridad del paciente. La adquisición de bioluminómetros permitió mejorar la supervisión de los procesos de aseo y desinfección en las unidades de hospitalización, pabellón y UTI, fortaleciendo el cumplimiento de los estándares IAAS y de los protocolos de acreditación. Además, se realizaron pasantías en el Instituto Traumatólogo y el Hospital Padre Las Casas, orientadas a actualizar prácticas quirúrgicas, mejorar la gestión de esterilización y reforzar la trazabilidad en la atención postoperatoria. Estos procesos se enmarcan en un esfuerzo institucional por mantener una cultura de aprendizaje continuo y gestión basada en evidencia y fortalecer el Proceso Quirúrgico.

Desde una perspectiva estratégica, la Subdirección de Gestión del Cuidado enfrenta desafíos que son determinantes para el fortalecimiento institucional y la transición del hospital hacia un nivel de mayor complejidad. Entre las iniciativas prioritarias se encuentra la implementación del registro electrónico de enfermería mediante intranet, que permitirá avanzar hacia una trazabilidad completa del cuidado, con registros legibles, seguros y estandarizados. A ello se suma la creación de una subunidad de recuperación postoperatoria, coherente con el nuevo organigrama

institucional, orientada a mejorar la continuidad clínica y disminuir complicaciones en el periodo inmediato a la cirugía.

Uno de los focos más relevantes continúa siendo la reducción de las suspensiones quirúrgicas. En 2024, estas alcanzaron un 11,2%, principalmente asociadas a fallas de esterilización o disponibilidad de instrumental. Frente a ello, la Subdirección estableció reuniones semanales con la empresa externa, analizando caso a caso las incidencias, lo que permitió una mejora sustantiva hacia 2025, registrándose un 6,69% de suspensiones al primer semestre. Durante el periodo evaluado, se identificaron 36 casos de falla de esterilización, 10 por instrumental incompleto y 12 vinculados a preparación insuficiente (piel, intestinal o antibiótica), lo que confirma la necesidad de fortalecer los controles de calidad, la trazabilidad del proceso y la revisión sistemática de cajas quirúrgicas.

El análisis de las 217 suspensiones registradas también reveló factores no atribuibles a esterilización, como patologías crónicas descompensadas (11 casos), no presentación (6 casos) o rechazo del procedimiento (3 casos), además de elementos administrativos y clínicos que requieren una mayor articulación con unidades de apoyo. La extensión de la tabla quirúrgica —60 casos— sigue siendo una causa relevante y exige perfeccionar la programación, anticipar tiempos operatorios y gestionar de manera más eficiente al personal especializado. Abordar estas brechas permitirá reducir retrasos, evitar pérdidas de productividad y sostener el crecimiento de la actividad quirúrgica.

Como parte de los desafíos estratégicos, se contempla la implementación del programa RNAO (*Registered Nurses' Association of Ontario*), que estandariza las prácticas de enfermería bajo guías internacionales de buenas prácticas, iniciando en 2025 con la formación de champions. Asimismo, se proyecta evaluar la creación de una Central de Esterilización propia, con el fin de reducir la dependencia de servicios externos y reforzar la seguridad del proceso quirúrgico. También se incorpora la necesidad de avanzar hacia un servicio de Urgencia, cuya operación requiere una gestión del cuidado altamente sólida y estandarizada. En conjunto, estas iniciativas se complementan con la tarea permanente de disminuir suspensiones quirúrgicas, potenciar la CMA mediante estrategias que amplíen su capacidad y optimizar el uso de camas para mejorar la eficiencia hospitalaria.

En este marco, la Subdirección mantiene el compromiso de asegurar un cuidado integral, seguro, eficiente y centrado en la persona, en el que pacientes y familias no solo resuelvan su problema de salud, sino que también se sientan acompañados y satisfechos con una atención basada en evidencia, otorgada bajo estándares de calidad y con un enfoque humanizado que respeta la dignidad, los valores y los derechos de quienes se atienden en el hospital.

4.5.4 Subdirección Administrativa

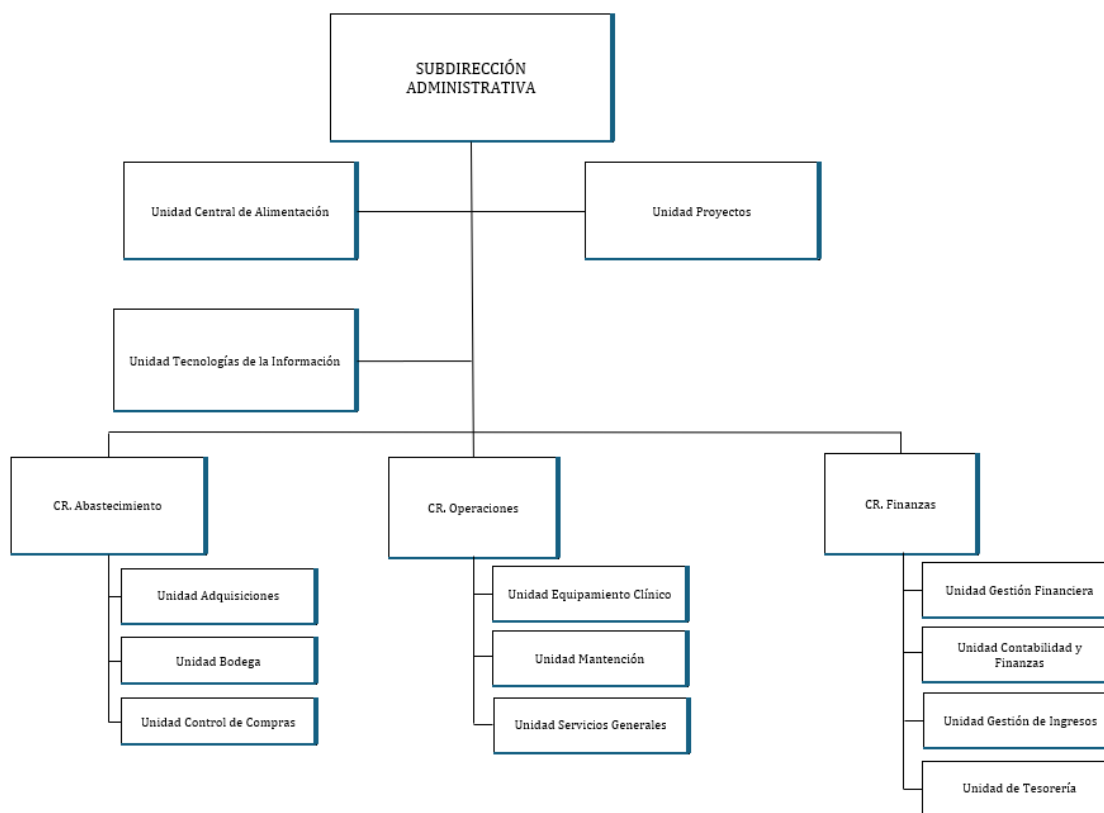
La Subdirección Administrativa del Hospital Traumatólogo de Concepción depende directamente de la Dirección del establecimiento y tiene como función principal liderar la gestión técnico-administrativa, asegurando el adecuado funcionamiento financiero, logístico y operativo del hospital. Su labor se orienta a garantizar la correcta administración de los recursos públicos, la sostenibilidad presupuestaria y la eficiencia en los procesos de apoyo que permiten la continuidad del quehacer clínico y asistencial.

Su estructura orgánica se compone de tres unidades funcionales y tres centros de responsabilidad, que abarcan los principales ámbitos de gestión del establecimiento: la Unidad Central de Alimentación, encargada de brindar el servicio de alimentación a los funcionarios cumpliendo con las normas sanitarias y de inocuidad alimentaria; la Unidad Proyectos, responsable de formular y ejecutar iniciativas de inversión e innovación que contribuyan a la modernización institucional; y la Unidad de Tecnologías de la Información, que administra y mantiene los sistemas informáticos, asegurando la continuidad operativa y la seguridad de la información. En tanto, los Centros de Responsabilidad agrupan las áreas críticas de gestión: el Centro de Abastecimiento, que garantiza la trazabilidad y transparencia en los procesos de compra; el Centro de Operaciones, que vela por la infraestructura, el mantenimiento y los servicios generales; y el Centro de Finanzas, encargado de la ejecución

presupuestaria, la contabilidad y la gestión financiera. En su conjunto, esta estructura permite una administración integrada, orientada a la disciplina fiscal, la optimización de recursos y el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.



Figura N°4: Organigrama Subdirección Administrativa 2025



Fuente: Resolución Exenta N°4403/2024

La Subdirección Administrativa del Hospital Traumatólogo de Concepción cumple un rol estratégico en la gestión financiera, logística y de apoyo al quehacer clínico. Durante el año 2024, se han consolidado avances relevantes que han permitido fortalecer la sostenibilidad presupuestaria, la eficiencia de los procesos de compra y la planificación de inversiones, pilares fundamentales para el funcionamiento del establecimiento.

Respecto del marco presupuestario y principales compras, entre 2021 y 2024, el presupuesto del Hospital Traumatólogo de Concepción presentó una variación positiva de ingresos del 20,3%, pasando de M\$23.650.049 a M\$28.448.978. El financiamiento proviene principalmente de transferencias de otros organismos del sector público, encabezadas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las que en 2024 representaron el 96,8% de los ingresos totales. Estas se complementan con ingresos de operación por M\$518.349 (1,8%), otros ingresos corrientes por M\$207.539 (0,7%) y un saldo inicial de caja de M\$179.320 (0,6%).

El gasto total ejecutado en 2024 ascendió a M\$28.447.977, manteniendo una estructura altamente concentrada en los subtítulos 21 y 22, que en conjunto representaron el 98,2% del gasto institucional. De este total, los gastos en personal (Subt. 21) alcanzaron M\$15.338.305 (53,9%), mientras que los bienes y servicios de consumo (Subt. 22) sumaron M\$12.616.370 (44,3%), evidenciando que la mayor parte del presupuesto se destina a remuneraciones y funcionamiento clínico-administrativo.

Los componentes restantes registraron una participación acotada, con íntegros al fisco por M\$384.574 (1,4%) y adquisición de activos no financieros (Subt. 29) por M\$106.782 (0,4%), correspondientes a la compra de equipamiento clínico y tecnológico. Durante el período no se ejecutaron iniciativas de inversión bajo el Subtítulo 31.

El Centro de Responsabilidad de Finanzas ha logrado una ejecución del 99,96% del Presupuesto de Inversión Subtítulo 29, equivalente a M\$106.738, destinados principalmente a la adquisición de equipamiento clínico crítico. Asimismo, ha dado continuidad al Sistema de Gestión de Costos, cumpliendo al 100% con la entrega de información al Ministerio de Salud, y ha gestionado el Acuerdo de Programación 2025 con FONASA, que por primera vez permitirá al hospital acceder a financiamiento basado en el sistema GRD, vinculando las transferencias presupuestarias a la complejidad de los casos y la resolución efectiva de patologías. Además, los márgenes financieros ejecutados cercanos al 100%, con variaciones acotadas entre +5% y -5% respecto de la programación, evidencian un alto nivel de control financiero, reafirmando el cumplimiento y la estricta adhesión a la planificación del gasto público y a los procesos de compras institucionales.

El Centro de Responsabilidad de Abastecimiento ha fortalecido la gestión de compras mediante la implementación de la modernización de la Ley de Compras Públicas y su participación en el pilotaje nacional del Índice de comportamiento de compradores, en colaboración con la Dirección de ChileCompra. Estas acciones han posicionado al hospital como una institución referente en gestión transparente y eficiente, que además ha obtenido un aumento en la delegación de facultades, permitiendo licitar hasta 10.000 UTM y realizar compras directas hasta 2.000 UTM.

Respecto de las principales compras y adquisiciones del Hospital Traumatólogo de Concepción en 2024 y 2025 estas se han concentrado en equipamiento clínico, mantenimiento de infraestructura crítica y servicios operativos esenciales, destinados a sostener la continuidad asistencial y fortalecer los procesos de apoyo clínico y administrativo. Entre las principales compras de bienes destacan los suministros de huesos completo de origen humano para humero, radio y fémur, así como también prótesis tumorales de extremidades completas de tibia y fémur; humero, prótesis de cadera y rodilla, sistemas de cirugía de columna, artroscopía, fijadores

externos, instrumental quirúrgico y material de osteosíntesis, junto con la adquisición de equipos médicos tales como mesas quirúrgicas, monitores, ventiladores mecánicos, desfibriladores, ecógrafos y equipos de rehabilitación.

En paralelo, se ejecutaron convenios de mantención integral para equipos electromédicos, lámparas quirúrgicas, máquinas de anestesia, grupos electrógenos, sistemas de climatización, ascensores, planta térmica y red de agua sanitaria, garantizando la operatividad continua del hospital. Destaca el servicio externo de esterilización por autoclave y peróxido de hidrógeno, que sustituye la inexistente Central de Esterilización propia, identificada como una prioridad institucional y actualmente en formulación de proyecto de infraestructura para su implementación.

Asimismo, se adjudicaron contratos relevantes en áreas de aseo mecanizado, lavandería, alimentación institucional, seguridad y vigilancia, así como convenios de suministro de medicamentos, insumos clínicos, antibióticos y materiales de kinesiología y rehabilitación. En el ámbito operativo, se concretaron adquisiciones para la Central de Alimentación, incluyendo equipamiento industrial, sanitizantes y servicios de mantención, reforzando los estándares de inocuidad y calidad alimentaria.

Para 2025, el Plan de Compras del CR Operaciones contempla un presupuesto de M\$1.467.906 para mantención y M\$1.525.175 para equipamiento clínico, priorizando la adquisición de equipamiento que ya ha sido identificado en la categoría de “crítico”, como ventiladores mecánicos de transporte, monitores multiparámetros, máquinas de anestesia, desfibriladores externos automáticos, desfibriladores manuales y un grupo electrógeno de respaldo industrial, destinado a fortalecer la capacidad de respuesta ante contingencias y asegurar la continuidad operacional.

En paralelo, el área de Abastecimiento confirma su compromiso con el cumplimiento de los indicadores asociados a la canasta de medicamentos, asegurando acciones concretas, planificables y alineadas con la operación real del servicio, tal como establecen las orientaciones institucionales y definidas en la jornada de planificación estratégica. Para ello, se fortalecerán los procesos de gestión logística, estandarización de procedimientos y monitoreo permanente, garantizando la disponibilidad oportuna y continua de los fármacos definidos como críticos. Asimismo, se desarrollarán actividades específicas que permitan mejorar la trazabilidad, disminuir quiebres de stock y optimizar los tiempos de reposición, contribuyendo directamente al logro del indicador y su variable asociada. Estas acciones serán factibles dentro del período de planificación, priorizando eficiencia, calidad y coherencia con los objetivos estratégicos institucionales.

En materia de inversión y desarrollo, la Unidad de Proyectos ha liderado la adquisición de equipamiento clínico y operativo para diversas áreas, incluyendo

pabellones, hospitalización y alimentación institucional, con una inversión total de \$103.264.332 por Subtítulo 29 y una retribución por convenio asistencial docente (COLDAS) de \$122.580.684. Estos recursos han permitido renovar equipos críticos como mesas quirúrgicas, videolaringoscopios, hornos industriales y monitores multiparámetros. Asimismo, se han presentado los planos y el proyecto de Central de Esterilización, cuya ejecución se proyecta como una prioridad para los próximos años. Adicionalmente se encuentra en estado de revisión en FNDR (Fondo Nacional de Desarrollo Regional) los siguientes proyectos: Reposición de equipo Arco C, Adquisición de reenvasadora. En conjunto, estas iniciativas han fortalecido la infraestructura hospitalaria, mejorado las condiciones de trabajo y contribuido a la seguridad del paciente.

Por su parte, la Unidad de Tecnologías de la Información ha avanzado significativamente en la digitalización institucional, implementando la receta electrónica y más de 23 módulos en la Intranet, orientados a optimizar la gestión clínica y administrativa. Entre los procesos digitalizados destacan la gestión de eventos adversos, la trazabilidad prequirúrgica y la coordinación de mantenimiento de equipos, contribuyendo a una gestión más ágil, transparente y sustentable. En tanto, la Unidad Central de Alimentación ha modernizado su infraestructura y equipamiento, ha incorporado el menú vegetariano para funcionarios y ha mejorado la comunicación interna mediante la publicación diaria de los menús en Intranet. A su vez, el Centro de Responsabilidad de Operaciones ha gestionado proyectos de bienestar e infraestructura, como la construcción del Club Infantil Hospital Traumatólogo de Concepción para hijos de funcionarios, asimismo cuenta con proyecto de ampliación del área de Terapia Ocupacional para el año 2026, mejorando las condiciones laborales y aumentando la capacidad resolutive institucional.

El desempeño de la Subdirección Administrativa refleja un equipo comprometido con la mejora continua, sustentado en valores de eficiencia, responsabilidad fiscal y servicio público. Entre sus principales fortalezas destacan la sólida capacidad técnica de los equipos administrativos, la transparencia en la ejecución financiera, la incorporación de tecnologías aplicadas a la gestión y la alta coordinación interna entre unidades. En cuanto a oportunidades, el hospital enfrenta un escenario favorable para avanzar hacia la autogestión, potenciar la inversión en infraestructura y tecnología, y consolidarse como un hospital de alta complejidad, con servicios estandarizados, procesos digitalizados y una administración sustentable.

No obstante, el proceso de modernización administrativa impone desafíos relevantes. En el corto y mediano plazo, la Subdirección deberá asegurar la sostenibilidad financiera ante el aumento de costos en personal y servicios, profundizar la digitalización de procesos logísticos y financieros, y reducir la dependencia de

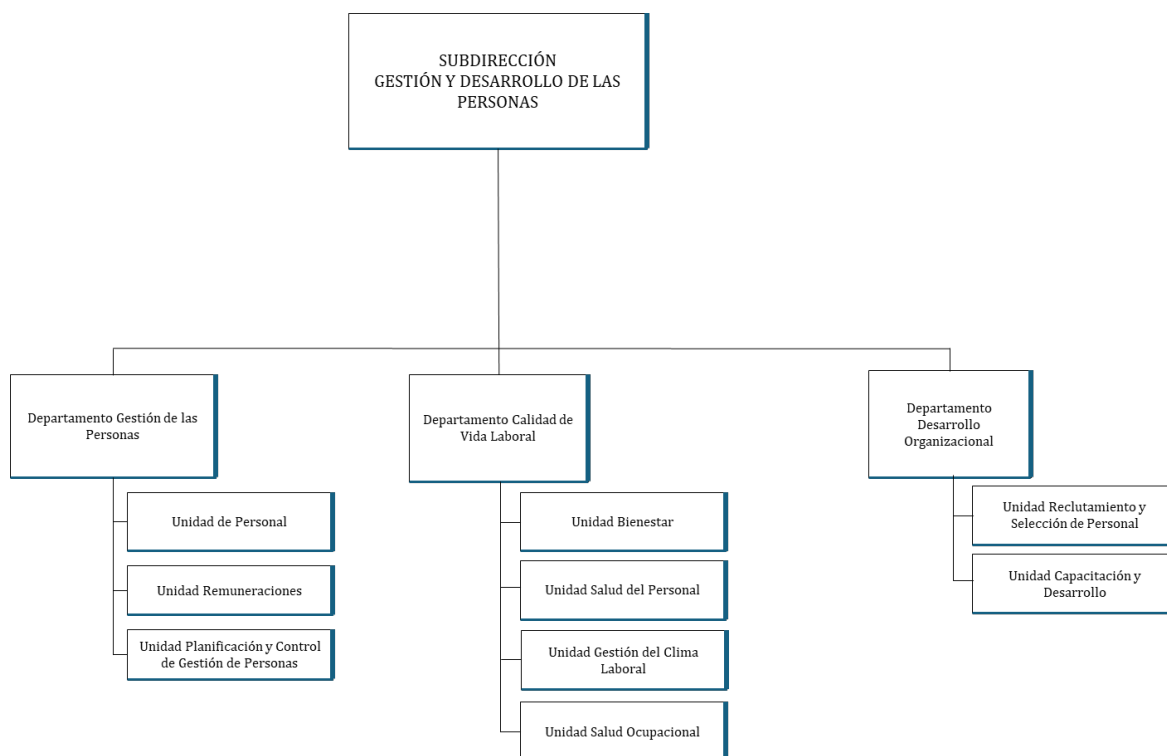
servicios externos, particularmente en esterilización. En este contexto, un desafío estratégico de alto impacto corresponde a la concreción del proyecto de una Central de Esterilización propia, cuya implementación permitiría resolver brechas históricas en disponibilidad de instrumental, asegurar la trazabilidad completa del proceso y fortalecer la autonomía operativa del hospital. Asociado a ello, se proyecta también la construcción de un sexto piso, iniciativa que busca subsanar las actuales limitaciones de espacio, mejorar la circulación interna y agilizar procesos clínicos clave en un establecimiento de carácter eminentemente quirúrgico. Esta ampliación permitiría reorganizar áreas críticas, optimizar flujos asistenciales y avanzar hacia una infraestructura coherente con las exigencias de un hospital en tránsito hacia la alta complejidad. También se proyecta fortalecer la formación y retención del personal técnico-administrativo, avanzar en la eficiencia energética y de mantenimiento, e implementar indicadores de desempeño integrados en Power BI que permitan monitorear la gestión en tiempo real.

4.5.5 Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

La Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital Traumatólogo de Concepción tiene como propósito liderar la administración del capital humano, fortaleciendo la gestión institucional a través del desarrollo, bienestar y calidad de vida laboral de los funcionarios. Su estructura orgánica está compuesta por tres Departamentos: de Gestión de las Personas, Desarrollo Organizacional y Calidad de Vida Laboral, que agrupan unidades clave como Personal, Remuneraciones, Planificación y Control de Gestión de Personas, Bienestar, Salud del Personal, Gestión del Clima Laboral, Salud Ocupacional, Reclutamiento y Selección de Personal, Capacitación y Desarrollo. Esta estructura permite gestionar de manera integral los procesos de incorporación, desarrollo, capacitación y acompañamiento del personal, en concordancia con los lineamientos del Servicio de Salud Concepción y los estándares de calidad del Ministerio de Salud.



Figura N°5: Organigrama Subdirección Gestión y Desarrollo de Personas, 2025



Fuente: Resolución Exenta N° 4403/2024

En este marco, la caracterización de la dotación constituye un elemento central para comprender la capacidad instalada del hospital y orientar las estrategias de desarrollo institucional. Durante 2024, el establecimiento contó con una dotación total de 732 funcionarios, distribuidos según tipo de contrato y normativa legal. Del total, el 77% corresponde a personal a contrata y el 23% a titulares, mientras que 191 funcionarios desempeñaron funciones en condición de reemplazo, equivalente al 26,1% de la dotación. En cuanto a la distribución por estamento, 33,7% corresponde a profesionales, 30,7% a técnicos, 15,7% a auxiliares, 9,6% a médicos, 8,1% a administrativos, 1,1% a químicos, 0,1% cargos directivos y un 1% de cargos en extinción.

Tabla N°16: Distribución de dotación 2024

Ley	Contratados	Titulares	Reemplazos	Totales
Ley 18.834	304	157	186	647
Ley 15.076	4	7	0	11
Ley 19.664	65	4	5	74
Totales	373	168	191	732

Fuente: Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas

Respecto de la brecha de recursos humanos, cuyo diagnóstico fue presentado al Servicio de Salud Concepción mediante Ord. N° 213 del 7 de marzo de 2025, se evidencia un déficit en áreas críticas de apoyo clínico y gestión, los cuales se están abordando de manera progresiva en el marco del proceso de planificación del recurso humano. Durante 2025 se desarrolló por primera vez un proceso participativo de análisis de brechas, con la participación de jefaturas de unidades, departamentos, comités clínicos y el equipo directivo, lo que permitió obtener una visión integral sobre la distribución y necesidades de personal.

Las brechas informadas para 2025 corresponden a 186 cargos, distribuidos en 17 para la Dirección, 79 para la Subdirección Médica, 60 para la Subdirección Administrativa, 12 para la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas y 17 para la Subdirección de Gestión del Cuidado. Este trabajo permitió formular proyectos de brechas sustentados en normas técnicas y en la nueva estructura orgánica institucional, orientados al desarrollo organizacional futuro. Si bien algunas brechas aún no han sido cubiertas por el nivel central, el avance logrado ha permitido ordenar la información disponible, establecer prioridades de dotación y evaluar posibles reasignaciones de cargos en unidades con dotaciones superiores a lo requerido.

Una materia de especial atención es el ausentismo laboral, dado que los indicadores muestran un incremento respecto de 2023, pasando de 30.809 días (índice 54,82) a 49.525 días (índice 63,98) en 2024, concentrados principalmente en medicina general, psiquiatría y traumatología. Ante ello, la Subdirección ha implementado medidas de seguimiento y acompañamiento, como visitas domiciliarias, protocolos de reincorporación y el fortalecimiento del Comité de Salud y Ausentismo, con el fin de abordar las causas médicas, psicosociales y organizacionales que afectan la continuidad laboral. Además, se han desarrollado jornadas de autocuidado, talleres de manejo del estrés y campañas internas para fomentar la salud mental y el bienestar emocional de los funcionarios. La tabla 16 muestra el ausentismo en las 3 especialidades de mayor incidencia.

Tabla N°17: Comportamiento de ausentismo de las especialidades con mayor incidencia 2023-2024

Especialidad	2023		2024	
	N° LM	Días de ausentismo	N° LM	Días de ausentismo
Psiquiatría	153	3.876	134	3.151
Traumatología	167	3.656	134	2.897
Medicina General	968	9.332	934	10.015

Fuente: Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Durante 2024, la Subdirección ha fortalecido la implementación de políticas de bienestar y salud laboral, consolidando un modelo institucional de calidad de vida en el trabajo que promueve el autocuidado, la prevención de riesgos psicosociales y la conciliación vida-trabajo. Entre los avances más relevantes se cuenta la ejecución del Protocolo de Vigilancia Psicosocial (CEAL-SM/SUSESO), que arrojó riesgo bajo para la institución, reflejando un entorno laboral estable. Complementariamente, se han actualizado y aplicado manuales y protocolos para mejorar el clima laboral y reducir el ausentismo tales como el Manual de organización Comité de buenas prácticas laborales, Manual de organización Comité de salud y ausentismo funcionario, Manual de gestión de clima laboral y fortalecimiento organizacional, Manual de celebraciones días institucionales, Protocolo de jornada de autocuidado estamento, Plan comunicacional anual para la promoción del buen trato y prevención de la violencia en el contexto laboral, acoso laboral, acoso sexual, ley Karin, el Protocolo de reintegro laboral y el Protocolo de visitas domiciliarias y llamados telefónicos por licencia médica curativa a funcionarios.

La promoción del bienestar se ha visto reforzada con la creación del Club Infantil Hospital Traumatólogo de Concepción, iniciativa pionera que busca apoyar la conciliación de la vida familiar y laboral de los funcionarios. A ello se suman actividades institucionales de alto impacto, como la celebración de aniversarios del hospital, fiesta de Navidad para funcionarios y sus hijos, campañas de promoción del Buen Trato y difusión de la Ley Karin, la mesa de género y diversidad, y el reconocimiento anual a funcionarios destacados. Estas acciones reflejan un compromiso sostenido con un entorno de trabajo inclusivo y equitativo, en el marco de las políticas de no discriminación y enfoque de género. También se destaca la habilitación del Box de Medicina del Personal, con resolución sanitaria obtenida en mayo de 2024, que permite otorgar atención médica oportuna y confidencial a los funcionarios.

En materia de gestión del personal y de desarrollo organizacional, el hospital ha modernizado procesos clave partiendo de su estructura orgánica, manuales organizaciones de diferentes unidades, de horas extraordinarias, de suplencias y reemplazos, de selección de personal y diferentes circulares permitiendo un

ordenamiento administrativo y ordenamiento de procesos. Se ha reactivado el Comité de Inducción Laboral, inactivo desde la pandemia, lo que ha permitido mejorar la experiencia de ingreso y adaptación de nuevos funcionarios. Gracias a este trabajo, el hospital se ha posicionado como referente en inducción dentro de la red del Servicio de Salud Concepción. Asimismo, se ha iniciado el proceso de recuperación de subsidios de incapacidad laboral por licencias médicas rechazadas, la digitalización del proceso de acreditación por competencias, y la aplicación de un nuevo sistema para la gestión de costos laborales, lo que ha permitido reducir los errores administrativos y mejorar la trazabilidad del gasto en personal, la planificación y control de gestión de personas. También se ha dado continuidad a la regularización de cargos honorarios COVID a contrata, asegurando estabilidad laboral y cumplimiento de la normativa vigente.

En el ámbito del desarrollo profesional y formación continua, el hospital ha ejecutado de manera sostenida su Programa Anual de Capacitación (PAC), con un cumplimiento del 96,4% en 2023 y 94,6% en 2024, abarcando cursos en liderazgo, acreditación en salud, gestión clínica basada en GRD, salud mental, diversidad e inclusión, manejo de residuos y autocuidado, entre otros. Además, se llevaron a cabo hitos formativos como la Primera Jornada de Enfermería en Traumatología y la Primera Jornada de Traumatología para médicos de la macro red sur, que convocó a más de 180 profesionales. Para 2025, se proyecta la Primera Jornada de Medicina Física y Rehabilitación Kinésica y un Curso para Jefaturas en Desarrollo Organizacional, orientado al fortalecimiento del liderazgo y la gestión del cambio.

El análisis FODA de la Subdirección destaca como fortalezas el excelente clima laboral, la juventud y compromiso de los equipos, la comunicación fluida con la dirección y la orientación al paciente. Entre las oportunidades, sobresalen el fortalecimiento de la autogestión hospitalaria, la interoperabilidad de los sistemas administrativos y clínicos y la posibilidad de postular a proyectos externos que apoyen la gestión de personas. Los principales desafíos se vinculan a la estandarización de procesos, la consolidación de las unidades del área, la digitalización de la gestión de personas y el abordaje de las brechas de dotación identificadas en el Proyecto de Cierre de Brechas 2025.

De cara al futuro, la Subdirección se propone profundizar la cultura de bienestar y corresponsabilidad, fortalecer el liderazgo de las jefaturas intermedias mediante programas de formación en gestión del cambio, consolidar los sistemas de información de recursos humanos, y continuar promoviendo un entorno laboral saludable, inclusivo y participativo. Para 2025, los desafíos estratégicos incluyen promover medidas de mitigación del ausentismo laboral, continuar gestionando proyectos para disminuir brechas tanto en cargos y grados que motiven y retengan al personal, fortalecer las políticas de buen trato y trabajo en equipo, y ampliar las estrategias de conciliación

laboral, familiar y personal. En conjunto, estas acciones permitirán sostener un modelo de gestión centrado en las personas, orientado al desarrollo profesional, la salud mental y la mejora continua del clima organizacional del Hospital Traumatológico de Concepción.

4.6 Evaluación del Plan Estratégico 2021-2024

La conclusión obtenida de la revisión del Plan Estratégico del Hospital Traumatólogo de Concepción para el periodo 2021-2024 es de un desempeño global positivo, aunque heterogéneo entre líneas estratégicas. De acuerdo con la información oficial de cumplimiento, el 78% de los 28 indicadores institucionales alcanzó o superó su meta, lo que equivale al cumplimiento de 22 metas de 28, quedando un 22% bajo el umbral esperado. Un resumen de las líneas estratégicas planteadas es:

LE1: Mejorar la gestión integral del Recurso Humano

LE2: Optimizar la gestión asistencial

LE3: Fortalecer la gestión administrativa y financiera del hospital

LE4: Fortalecer la calidad de la atención usuaria y su vínculo con la comunidad.

LE5: Fortalecer la Comunicación Interna del hospital

Adicionalmente es posible señalar que en el marco de la evaluación se destaca las definiciones de las cuatro perspectivas CMI y su trazabilidad con objetivos estratégicos. La existencia de metas operativas clínicamente relevantes (pabellones, reintervenciones) que sí apuntan a resultado y seguridad. La presencia de herramientas de gestión interna, tales como, manuales, planes y comités, que ordenan procesos y facilitan la sostenibilidad. El cumplimiento del 100% de LE5 sobre fortalecimiento de la comunicación interna, a lo largo del cuatrienio.

A continuación, se exponen tales resultados, argumentando sobre las fortalezas particularmente en la gestión administrativa-financiera y comunicación interna y sobre brechas críticas que siguen incidiendo en la cadena asistencial, tales como la programación y uso de pabellones; artefactos de gestión de personas, con recomendaciones para evolucionar desde metas de “existencia/proceso” hacia metas de adopción y resultado en el próximo período.

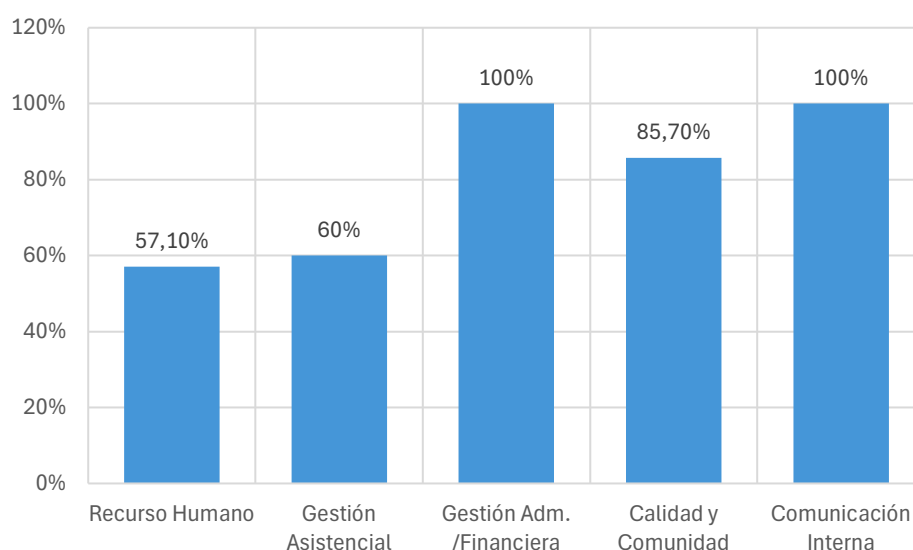
Tabla N°18: Resumen Cumplimiento por Línea Estratégica

Línea Estratégica	Número de Indicadores	Cumplimiento de Meta	No Cumplidos	% de Cumplimiento
Recurso Humano	7	4	3	57,1%
Gestión Asistencial	5	3	2	60%
Gestión Adm. /Financiera	5	5	0	100%
Calidad y Comunidad	7	6	1	85,7%
Comunicación Interna	4	4	0	100%

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

El resumen muestra una distribución que evidencia fortaleza plena en LE3 y LE5, mientras que LE1 y LE2 concentran la mayor parte de los incumplimientos. El gráfico siguiente visualiza estas diferencias.

Gráfico N°7: Porcentaje de Cumplimiento por Lineamiento Estratégico



Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

La solidez de LE3 confirma que el hospital avanzó en procesos administrativos y financieros (manuales, conciliaciones, CxC/CxP), pero una parte relevante de esas metas corresponde a resultados de existencia/proceso (p. ej., “manual aprobado”, “plan difundido”), que no garantizan adopción ni efecto si no se miden coberturas, cumplimiento operativo u oportunidad. Este sesgo de diseño, repetido en LE5, sugiere una oportunidad de mejora de gestión modificando el sistema de indicadores binarios en el nuevo proceso de formulación estratégica en métricas de desempeño.

Respecto de los indicadores de bajo cumplimiento, se pueden identificar los siguientes:

Tabla N°19: Indicadores de Bajo Cumplimiento

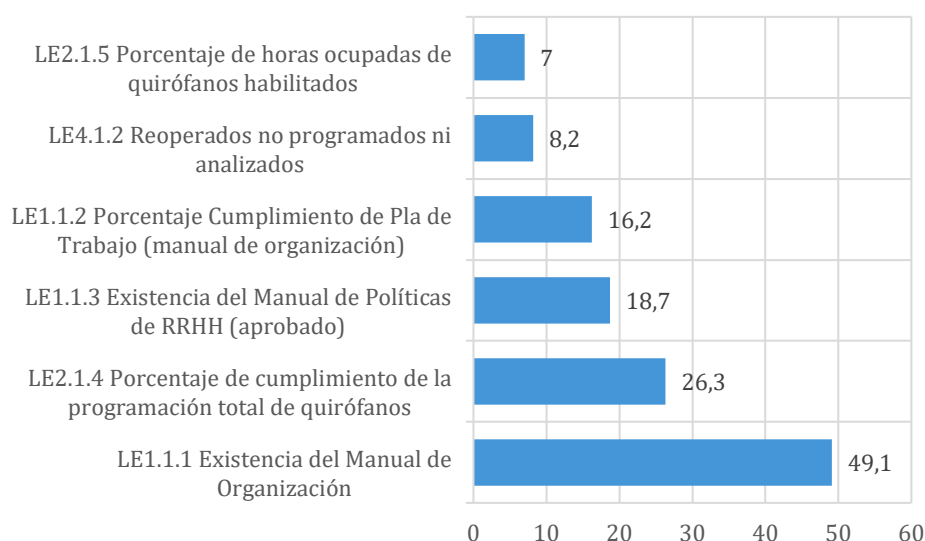
Indicador	Meta	Resultado Promedio	Brecha (pp)
LE1.1.1 Existencia del Manual de Organización	1	50,9%	-49,1
LE2.1.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación total de quirófanos	≥95%	68,8%	-26,3
LE1.1.3 Existencia del Manual de Políticas de RRHH (aprobado)	1	81,3%	-18,7
LE1.1.2 Porcentaje Cumplimiento del Plan de Trabajo (manual de organización)	>90%	73,8%	-16,2
LE4.1.2 Reoperados no programados ni analizados	≥95%	86,8%	-8,2
LE2.1.5 Porcentaje de horas ocupadas de quirófanos habilitados	≥80%	73,0%	-7,0

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

En mejoramiento integral del recurso humano (LE1) persisten déficits en manuales y plan de trabajo, evidenciados por tres indicadores con brechas de (-49,1),

(-18,7) y (-16,2) pp. Se trata de condiciones habilitantes de primer orden: sin definiciones organizacionales y políticas actualizadas y aprobadas, se debilitan la estandarización de procesos y la trazabilidad de las decisiones de personal. En productividad y oportunidad quirúrgica (LE2/LE4) se observa una baja programación efectiva de quirófanos (-26,3 pp) y subutilización de pabellones (-7,0 pp), a lo que se suma una revisión tardía de re-operados (-8,2 pp); este conjunto impacta de manera directa en las listas de espera y en la seguridad del paciente.

Gráfico N°8: Brechas de Indicadores Claves



Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

Otros aspectos que es posible resaltar del diseño de la planificación estratégica tiene relación con la construcción de indicadores donde no está claramente definido el universo de referencia. Por ejemplo: “% de pacientes evaluados dentro de 48 horas” sin especificar si el denominador es todos los ingresados, los de un servicio específico, o solo los elegibles por criterio clínico. Sin denominador preciso, los indicadores son ambiguos, no comparables y vulnerables a interpretaciones discrecionales. Adicionalmente, en la misma línea, existe el riesgo de confundir actividad con resultado, ello dado que, se advierte que medir “cuánto se hace” (número de talleres, reuniones, cirugías programadas) puede llevar a concluir erróneamente que hay buen desempeño, cuando lo relevante es “qué efecto produjo” (p. ej., reducción de infecciones, menor tiempo de espera, mejoría funcional del paciente). Actividad ≠ impacto.

4.6.1 Lineamiento Estratégico 1

Mejorar la gestión integral del Recurso Humano, con el propósito de disminuir las brechas de personal, con obtención acorde a las competencias requeridas por la institución, facilitando el desarrollo de estas en el equipo de salud existente y la retención de este; en un buen clima laboral, con sentido de pertenencia y valorado por la institución, siendo siempre el centro nuestros usuarios.

Tabla N°20: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°1

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
Existencia del Manual de Organización (aprobado)	1	50,9	-49,1	No Cumple
Porcentaje de cumplimiento del Plan de Trabajo (Manual de Organización)	> 90%	73,8	-16,2	No Cumple
Existencia del Manual de Políticas de RRHH (aprobado)	1	81,3	-18,7	No Cumple
Manual de RRHH (elaborado y aprobado)	1	100	0	Cumple
Plan de Salud Laboral (elaborado, difundido y ejecutado)	100%	100	0	Cumple
Razón de apoyo formativo preventivo vs. línea base	100%	100	0	Cumple
Herramientas de Buen Trato (evidencia de implementación)	Implementada	100	0	Cumple

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

El lineamiento estratégico muestra una capacidad operativa robusta para ejecutar planes y prácticas clave de RRHH (salud laboral, formación preventiva y buen trato), pero arrastra déficits críticos en gobernanza (manuales y plan de trabajo), que limitan la consolidación de una gestión profesionalizada y reproducible. La prioridad

para el siguiente ciclo es cerrar las brechas de gobernanza (LE1.1.1, LE1.1.2, LE1.1.3) y elevar el estándar de medición desde la mera existencia a la adopción con cobertura y efecto: porcentaje de unidades auditadas conformes, adherencia a protocolos de RRHH, cierre oportuno de hallazgos y vinculación con resultados de clima, ausentismo y dotación crítica. De este modo, LE1 puede transitar desde una capacidad operativa puntual hacia una capacidad institucional sostenible, habilitando mejor el desempeño clínico y la trazabilidad de las decisiones de personal.

4.6.2 Lineamiento Estratégico 2

Optimizar la gestión asistencial con apoyo de tecnologías de la información, mejorando los procesos clínicos y sus resultados que permitan una mejora continua en el acceso y oportunidad de la atención de nuestros usuarios.

Tabla N°21: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°2

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
% programación anual de consultas	≥ 95%	(96,25%, 100%)	(1,25 y 5)	Cumplido
Reuniones de evaluación trimestral (ejecución/seguimiento)	≥ 95%	(96,25%, 100%)	(1,25 y 5)	Cumplido
Seguimiento administrativo/planificación de centros de costo	≥ 95%	(96,25%, 100%)	(1,25 y 5)	Cumplido
% cumplimiento de la programación total de quirófanos	≥ 95%	68,8%	-26,3	No Cumplido
% horas ocupadas de quirófanos	≥ 80%	73,0%	-7,0	No Cumplido

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

LE2 presenta un desempeño dual: alto cumplimiento en la administración operativa (planificación/seguimiento), pero brechas relevantes en productividad y uso de pabellones que limitan la oportunidad asistencial. Para el siguiente ciclo, la estrategia

debe enfocarse en optimizar el eslabón quirúrgico, articulando gestión de agenda, dotación y flujos perioperatorios con soporte TI en tiempo real. Se recomiendan cinco líneas concretas. En síntesis, LE2 cumple la premisa de control programático, pero su éxito institucional dependerá de traducir esa administración en eficiencia de pabellón y oportunidad efectiva para el paciente. El tránsito desde métricas de proceso a métricas de desempeño y valor apoyado por TI operativa es la clave para cerrar la brecha observada y descomprimir la espera quirúrgica con seguridad clínica.

4.6.3 Lineamiento Estratégico 3

Fortalecer la gestión administrativa y financiera del hospital, optimizando los procesos en coordinación con los procesos clínicos, para continuar avanzando en la eficiencia hospitalaria y el equilibrio financiero.

Tabla N°22: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°3

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
Manual de Cuentas por Cobrar (elab./aprob./dif./aplic.)	≥ 95%	< 96,25%	+1,25	Cumple
Manual de Cuentas por Pagar (elab./aprob./dif./aplic.)	≥ 95%	< 96,25%	+1,25	Cumple
Manual de Conciliación Bancaria (elab./aprob./dif./aplic.)	≥ 95%	< 96,25%	+1,25	Cumple
Control de Solicitudes No PAC / Cumplimiento PAC	≥ 95%	< 95%	No definido	Cumple
Plan Anual de Centros de Costos (.../CC)	≥ 95%	< 95%	No definido	Cumple

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

El Lineamiento Estratégico 3 presenta un desempeño pleno en el período 2021–2024: los 5 indicadores cumplen y tres de ellos —vinculados a manuales de Cuentas por Cobrar (CxC), Cuentas por Pagar (CxP) y Conciliación Bancaria— registran resultados entre 96,25% y 100%, superando consistentemente las metas establecidas. Este

comportamiento sugiere madurez procedimental y una gobernanza financiera sólida en los ámbitos normativos y de control interno, con artefactos formalizados (manuales y planes) que estandarizan tareas, disminuyen la discrecionalidad y favorecen la sostenibilidad operativa. A su vez, los otros dos indicadores del lineamiento —control de solicitudes no PAC / cumplimiento PAC y Plan Anual de Centros de Costos— se reportan como cumplidos, reforzando el cuadro de cumplimiento integral de la línea. En síntesis, el alto cumplimiento del LE3 demuestra una base administrativa y financiera sólida que habilita la operación clínica; el desafío inmediato es migrar a indicadores de resultado que aseguren liquidez, eficiencia de gasto y oportunidad operativa, reforzando el vínculo entre la salud financiera y la capacidad resolutoria del hospital.

4.6.4 Lineamiento Estratégico 4

Fortalecer la calidad de la atención usuaria y su vínculo con la comunidad, busca asegurar la calidad percibida y vivida por los usuarios, integrando dimensiones de seguridad, trato digno, participación comunitaria y cumplimiento normativo. En el período 2021–2024, LE4 muestra un desempeño mayoritariamente satisfactorio: 6 de 7 indicadores alcanzan la meta, con un único incumplimiento vinculado a oportunidad de análisis de casos re-operados. Este patrón sugiere una base de gobernanza sólida y una buena cobertura de procesos, pero con espacios de mejora en resultados clínicos oportunos y trazabilidad de aprendizajes derivados de eventos adversos.

Tabla N°23: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°4

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
Cumplimiento de estándares de calidad/acreditación (evidencia global)	≥ 95% o cumplimiento normativo	< 95%	No definido	Cumple
% de pacientes re-operados no programados analizados ≤ 20 días	≥ 95%	86,8%	-8,2	No Cumple
Gestión de reclamos y retroalimentación usuaria (cierre y oportunidad)	≥ 95%	< 95%	No definido	Cumple

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
Medidas de trato digno / difusión de derechos y deberes	Existe	100%	No definido	Cumple
Vinculación con comunidad / participación social (comités, actividades)	$\geq 95\%$	$< 95\%$	No definido	Cumple
Protocolos/guías clínicas de calidad (implementación/actualización)	$\geq 95\%$	100%	No definido	Cumple
Monitoreo de eventos adversos y planes de mejora	$\geq 95\%$	$< 95\%$	No definido	Cumple

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

El LE4 demuestra que el hospital cuenta con capacidades de gestión y cumplimiento bien instaladas, lo que se traduce en 6 de 7 metas logradas. Sin embargo, la brecha de oportunidad en el análisis de re-operaciones (86,8% vs $\geq 95\%$) evidencia la necesidad de migrar desde la conformidad formal hacia resultados clínicos oportunos, comparables y con trazabilidad del aprendizaje. En el próximo ciclo de planificación, la clave será recalibrar el set de indicadores para que midan oportunidad, seguridad, experiencia y resultados ajustados por riesgo, con responsabilidades claras, plazos definidos y seguimiento efectivo de acciones correctivas.

4.6.5 Lineamiento Estratégico 5

El L5 es fortalecer la comunicación interna del hospital, esto a su vez favorecerá el clima laboral. El lineamiento exhibe un buen desempeño, los cuatro indicadores comprometidos se cumplieron en el período 2021–2024. Este resultado sugiere una capacidad instalada para planificar, aprobar, difundir y ejecutar acciones de comunicación interna y de apoyo al clima laboral. Desde una perspectiva de gestión pública hospitalaria, el valor de LE5 no reside solo en “tener un plan” o “difundir mensajes”, sino en producir cambios observables en coordinación clínica, trato digno, seguridad del paciente y satisfacción usuaria

Tabla N°24: Nivel de Cumplimiento Lineamiento Estratégico N°5

Indicador	Meta	Resultado	Brecha	Estado
Plan cuatrienal de comunicación interna elaborado y aprobado	Existe	100%	No definido	Cumple
Difusión y alcance interno del plan (canales formales)	$\geq 95\%$	$< 95\%$	No definido	Cumple
Ejecución del plan (hitos y piezas programadas)	$\geq 95\%$	$< 95\%$	No definido	Cumple
Gestión de clima/buen trato (acciones internas de apoyo)	Existe	100	No definido	Cumple

Fuente: Informe Evaluación Planificación Estratégica 2021 -2024

4.7 Clima Organizacional

Con el objetivo de conocer la percepción de los funcionarios respecto a su entorno laboral y recoger insumos para el diagnóstico institucional, se aplicó una encuesta de clima organizacional al interior del Hospital Traumatólogo de Concepción. El instrumento fue aplicado en formato online entre los días 26 de septiembre y 03 de octubre de 2025, asegurando el carácter anónimo y voluntario de la participación, a fin de favorecer respuestas sinceras y representativas de las distintas áreas del establecimiento.

En esta oportunidad la encuesta fue dividida en dos versiones diferenciadas:

- Una dirigida a funcionarios y funcionarias del hospital, abarcando los distintos estamentos: Profesionales clínicos, Profesionales Administrativos, técnicos, administrativos y Auxiliares de apoyo.
- Una segunda dirigida a directivos y jefaturas, con el propósito de captar la percepción de liderazgo, gestión de equipos y cultura organizacional desde la perspectiva de quienes tienen responsabilidades de conducción.

En total, participaron 132 funcionarios y funcionarias, junto a 20 jefaturas, lo que representa una muestra amplia y diversa del personal del hospital, permitiendo obtener una visión integral del clima laboral. Esta información constituye un insumo clave para el proceso de planificación estratégica 2025-2028, pues permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora en las dimensiones de liderazgo, comunicación interna, reconocimiento, trabajo en equipo y bienestar laboral.

4.7.1 Resultados de encuesta a funcionarios y funcionarias

La encuesta de clima laboral dirigida a los funcionarios del Hospital Traumatólogo de Concepción fue respondida por un total de 132 funcionarios, pertenecientes a distintos estamentos del establecimiento. En cuanto al género, el 67,4% de quienes respondieron se identificó como femenino, mientras que el 30,3% correspondió a masculino y un 2,3% se declaró en otra categoría. Respecto del estamento, más de la mitad de los participantes (50,8%) pertenece al estamento profesional, seguido por el técnico (27,3%), auxiliar (9,8%), administrativo (6,1%) y médico (6,1%).

En relación con la antigüedad en la institución, un 41,7% de los funcionarios declara tener entre 5 y 10 años de servicio, mientras que un 34,1% supera los 10 años y un 24,2% tiene menos de 5 años en el establecimiento. Esto refleja un equilibrio entre personal con trayectoria consolidada y funcionarios más recientes, lo que enriquece la diversidad de percepciones sobre el clima laboral.

En cuanto al rango etario, la mayoría de los participantes se concentra entre los 30 y 49 años: un 41,7% tiene entre 30 y 39 años, y un 28,8% entre 40 y 49 años. En menor proporción se encuentran los grupos mayores de 50 años (18,2%) y jóvenes entre 18 y 29 años (11,4%). Mientras que, respecto al tipo de contrato, la mayor parte del personal corresponde a contrata (53,0%), seguido de reemplazo (26,5%) y titulares (20,5%).

Finalmente, en relación con la subdirección o dirección a la que pertenecen, destaca una amplia participación desde la Gestión del Cuidado (45,5%), seguida de la Subdirección Médica (28,0%) y la Subdirección Administrativa (15,9%). En menor proporción participaron funcionarios de Gestión y Desarrollo de las Personas (8,3%) y del nivel de Dirección (2,3%). Esta composición muestra una alta representatividad de las áreas clínicas y de apoyo, fundamentales para comprender las dinámicas internas del hospital.

Ámbito organización de la institución

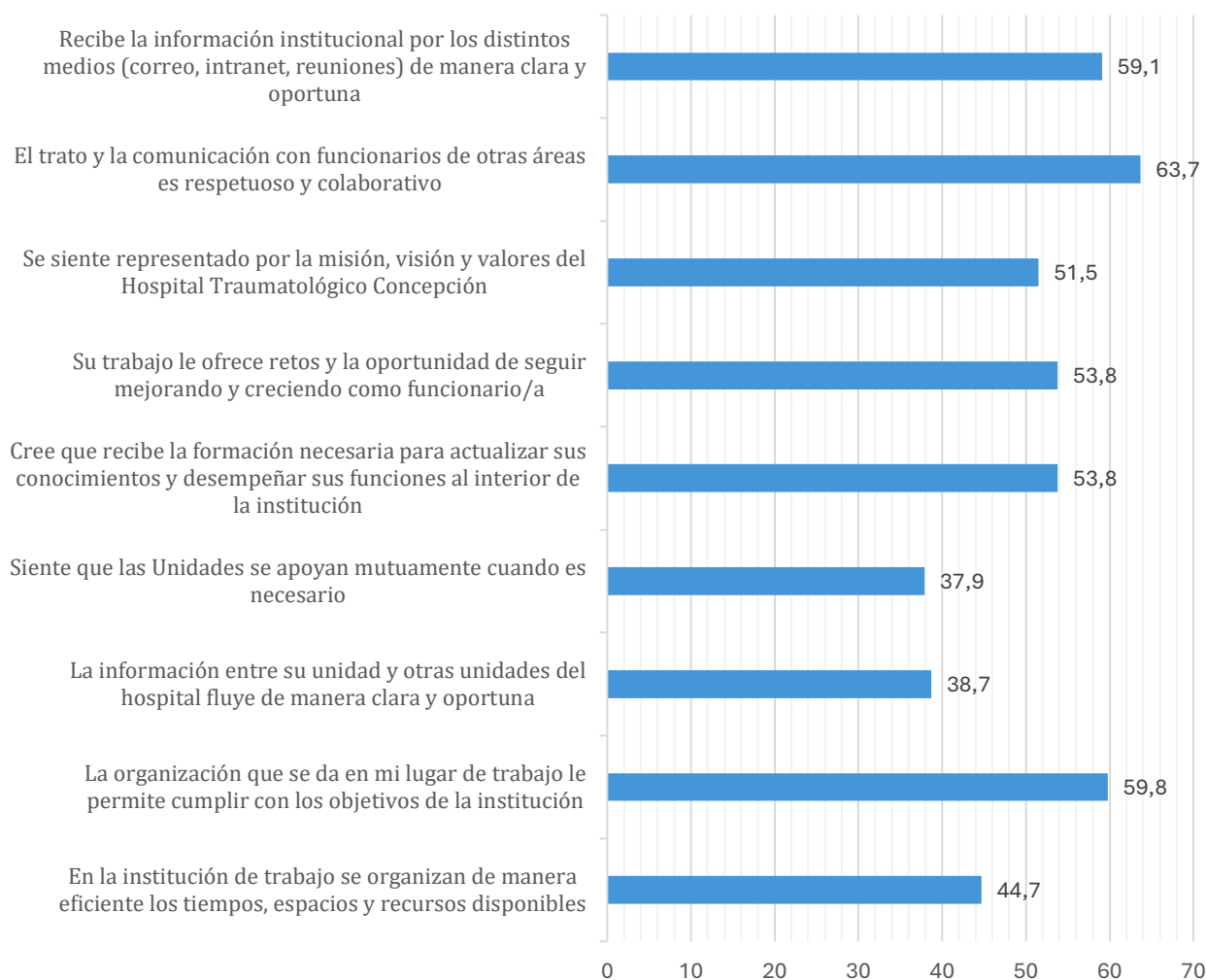
El ámbito de organización de la institución reúne percepciones relacionadas con la forma en que el hospital estructura su funcionamiento interno, coordina sus unidades y dispone los recursos necesarios para cumplir con los objetivos institucionales. En conjunto, los resultados evidencian una valoración intermedia con tendencia positiva en torno a la organización del trabajo y la circulación de la información.

Un 59,8% de los funcionarios declara que la organización de su lugar de trabajo les permite cumplir con los objetivos de la institución, mientras que un 44,7% considera que los tiempos, espacios y recursos se utilizan de manera eficiente. En cuanto a los mecanismos de comunicación, un 59,1% señala recibir información institucional de forma clara y oportuna a través de los canales establecidos (correo, intranet o reuniones), aunque solo un 38,7% percibe que la información fluye adecuadamente entre las distintas unidades del hospital.

En lo referente a la colaboración y apoyo interdepartamental, de las distintas reparticiones definidas en el organigrama, el 37,9% manifiesta que las unidades se apoyan mutuamente cuando es necesario. Este porcentaje, comparativamente menor, indica que la coordinación transversal entre equipos es un aspecto que presenta percepciones más diversas dentro del hospital.

En síntesis, las respuestas sugieren una estructura organizacional percibida como funcional y con comunicación formal efectiva, aunque con espacios de mejora en la articulación entre unidades y en la gestión interna de recursos y procesos, aspectos que inciden directamente en la eficiencia global del funcionamiento institucional.

Gráfico N°9: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito organizacional (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

Ámbito liderazgo y conducción de equipos

El ámbito de liderazgo y conducción de equipos evalúa la percepción que tienen los funcionarios respecto al desempeño de sus jefaturas directas en aspectos relacionados con la comunicación, reconocimiento, gestión del equipo y promoción de un ambiente laboral adecuado. Los resultados muestran una tendencia general favorable, especialmente en las dimensiones vinculadas a la comunicación y respeto de los canales formales.

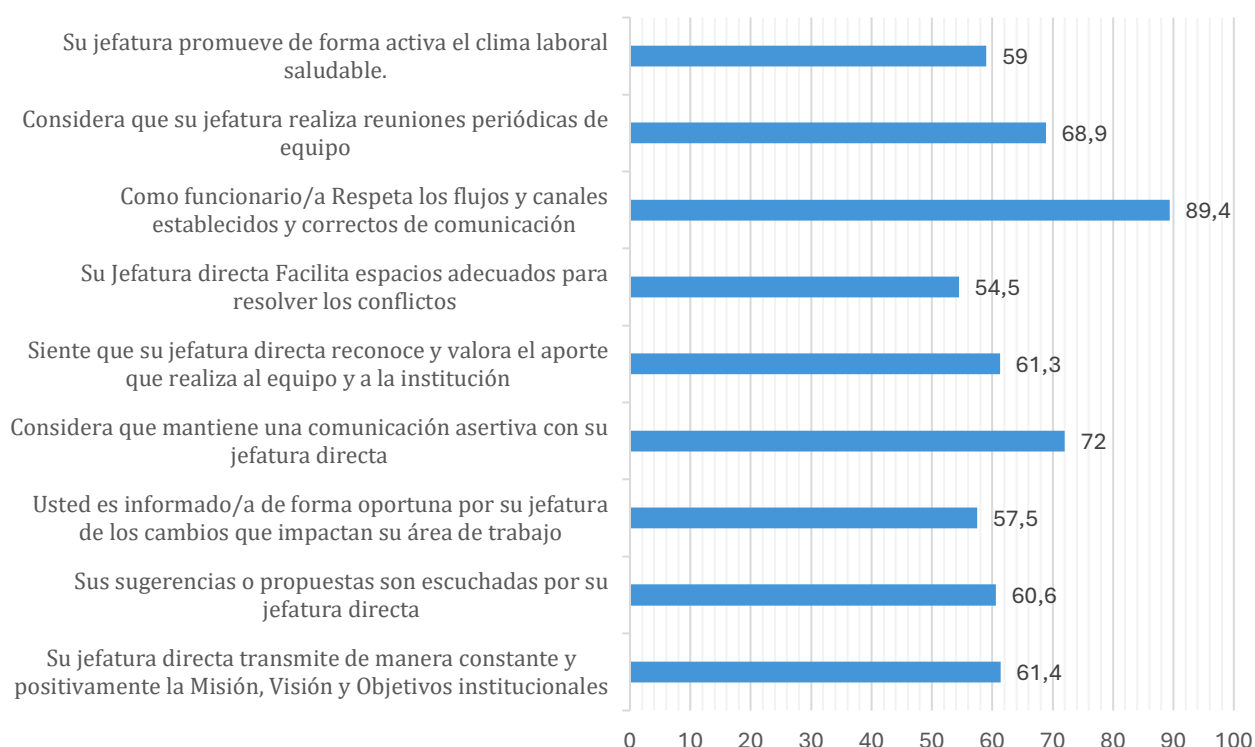
Un 89,4% de los funcionarios declara respetar los flujos y canales de comunicación establecidos, lo que refleja una adhesión general a las normas institucionales. Asimismo, un 72% considera mantener una comunicación asertiva con su jefatura directa, mientras que un 68,9% señala que su jefatura realiza reuniones periódicas de equipo, lo que indica la existencia de instancias regulares de coordinación.

En cuanto a la retroalimentación y apoyo, un 61,3% de los funcionarios manifiesta que su jefatura directa reconoce y valora el aporte que realiza al equipo y a la institución, y un 54,5% percibe que se facilitan espacios adecuados para la resolución de conflictos. Por otro lado, un 59% señala que sus jefaturas promueven activamente un clima laboral saludable, evidenciando la presencia de prácticas orientadas al bienestar y la convivencia laboral.

En lo referente a la comunicación vertical, el 57,5% de los encuestados considera que es informado oportunamente sobre los cambios que afectan su área de trabajo, un 60,6% indica que sus sugerencias son escuchadas, y un 61,4% valora que su jefatura transmite de manera constante y positiva la misión, visión y objetivos institucionales. Estos resultados apuntan a una percepción positiva del liderazgo en términos de comunicación y orientación institucional, aunque con variaciones entre equipos y áreas.

En síntesis, la información recopilada sugiere que los funcionarios perciben un liderazgo cercano y comunicativo, con canales formales activos y espacios de reconocimiento, destacando la comunicación directa y el respeto por los procedimientos como pilares de la conducción interna.

Gráfico N°10: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de liderazgo y conducción de equipos (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

Ámbito Equipo de Trabajo y Clima Laboral

El ámbito de equipo de trabajo y clima laboral busca conocer la percepción de los funcionarios respecto a las dinámicas de colaboración, comunicación, gestión de conflictos y distribución de cargas dentro de sus equipos. En general, los resultados reflejan una valoración positiva del ambiente laboral, aunque con diferencias en la percepción de equidad en la distribución de tareas.

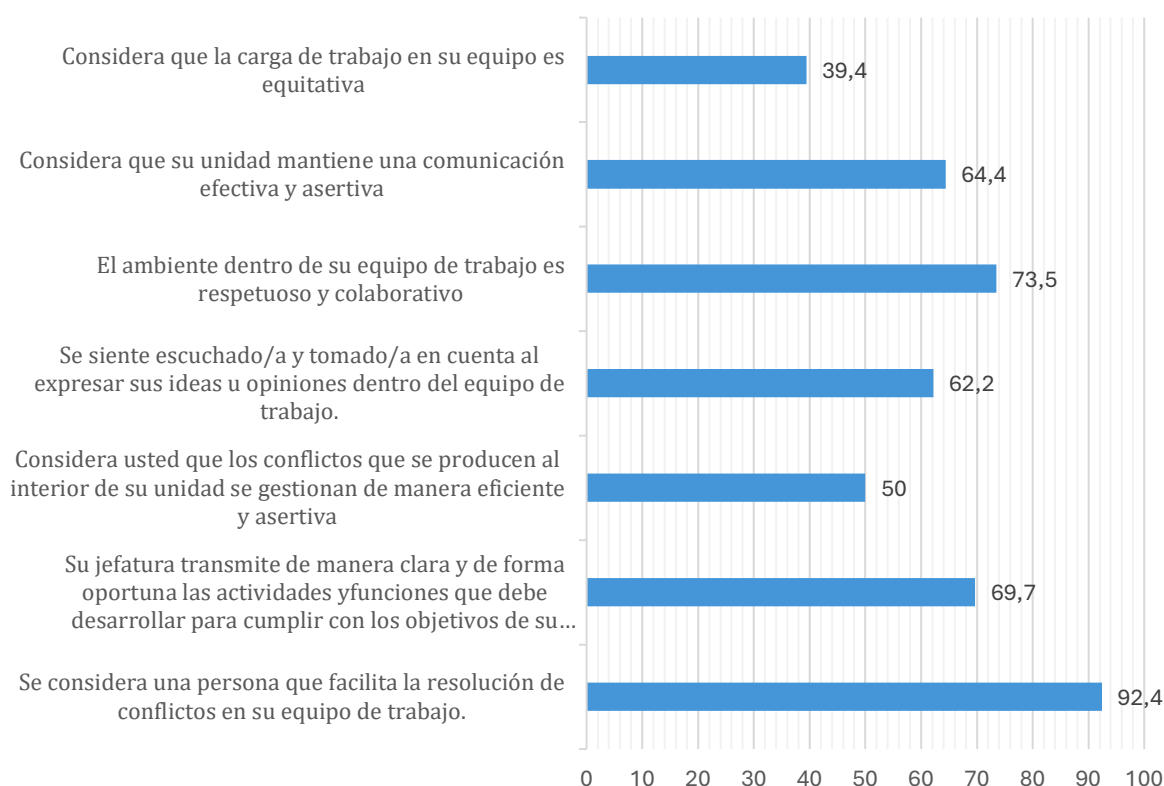
Un 92,4% de los funcionarios declara considerarse una persona que facilita la resolución de conflictos en su equipo, lo que sugiere una disposición general al diálogo y la cooperación. Asimismo, un 69,7% señala que su jefatura transmite de forma clara y oportuna las actividades y funciones necesarias para cumplir los objetivos del equipo, y un 64,4% indica que su unidad mantiene una comunicación efectiva y asertiva.

El ambiente interno también es valorado favorablemente: un 73,5% de los encuestados considera que su equipo de trabajo se caracteriza por relaciones respetuosas y colaborativas, mientras que un 62,2% manifiesta sentirse escuchado y

tomado en cuenta al expresar ideas u opiniones dentro del grupo. Por otro lado, la gestión de conflictos al interior de las unidades presenta una percepción más equilibrada, con un 50,0% de respuestas positivas.

La dimensión con menor nivel de acuerdo corresponde a la equidad en la carga de trabajo, donde un 39,4% de los funcionarios considera que la distribución es justa dentro de su equipo. Este resultado sugiere la existencia de percepciones heterogéneas respecto al balance de responsabilidades entre los distintos miembros. En conjunto, los resultados de este ámbito describen un entorno laboral percibido como respetuoso y colaborativo, con una comunicación fluida dentro de los equipos, aunque con espacios de mejora en la equidad en la asignación de tareas y la gestión de conflictos internos.

Gráfico N°11: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de equipo de trabajo y clima laboral (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

Ámbito de Autoevaluación

El ámbito de autoevaluación busca identificar la percepción que los funcionarios tienen sobre su propio desempeño, las competencias interpersonales que despliegan en el trabajo y su contribución al clima laboral. En general, los resultados muestran altos

niveles de autoeficacia percibida y compromiso personal con el buen ambiente organizacional.

El 80,3% de los funcionarios declara sentirse satisfecho con las funciones que desarrolla en su equipo de trabajo, lo que refleja una valoración positiva del rol que desempeñan dentro de la institución. A su vez, un 94% señala expresarse de manera clara y respetuosa al comunicar sus ideas y opiniones, y un 93,9% identifica conscientemente los aspectos que dependen de su propio accionar para contribuir al clima laboral.

En las dimensiones de autoconocimiento y relaciones interpersonales, un 97,7% considera poseer autocrítica, un 98,5% afirma escuchar con atención y respeto a compañeros y jefaturas, y un 97,7% manifiesta colaborar y apoyar a sus colegas cuando lo necesitan. Asimismo, un 97% indica contribuir activamente a la creación de un buen clima laboral y un 80,3% señala sentirse responsable de actuar como un factor protector dentro de su equipo o unidad.

Finalmente, un 95,5% de los funcionarios declara que busca resolver los conflictos de forma constructiva, lo que evidencia una disposición general hacia la comunicación positiva, el respeto mutuo y la búsqueda de soluciones colaborativas.

En conjunto, los resultados de este ámbito reflejan una alta autopercepción de responsabilidad, compromiso y comportamiento prosocial, atributos que se vinculan estrechamente con el fortalecimiento del clima laboral y la cohesión institucional.

**Gráfico N°12: Percepciones de funcionarios sobre el ámbito de autoevaluación
(% de acuerdo + totalmente de acuerdo)**



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

4.7.2 Resultados de encuesta a jefaturas

La encuesta de clima laboral dirigida a las jefaturas del Hospital Traumatólogo de Concepción fue respondida por un total de 20 jefaturas, representando los distintos niveles de conducción del establecimiento. El levantamiento consideró a quienes ejercen cargos de jefatura de centro de responsabilidad, unidades, subunidades y equipos médicos, buscando captar la visión de liderazgo y gestión interna desde los distintos ámbitos del hospital.

En cuanto al género, la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres (85%), mientras que los hombres representan un 15%. Respecto del estamento, el 60% de las respuestas corresponde a jefaturas de unidad, seguidas por jefaturas de centros de responsabilidad (20%), subunidades (10%) y equipos médicos (10%). Mientras que, en relación con la antigüedad institucional, el 55% de las jefaturas declara tener más de 10 años de trayectoria en la institución, un 35% entre 5 y 10 años, y un 10% menos de 5 años, lo que denota un liderazgo con amplia experiencia y conocimiento del funcionamiento organizacional.

El rango etario de las jefaturas se concentra entre los 30 y 49 años (80% del total), mientras que un 20% corresponde a personas mayores de 50 años, lo que refleja un grupo con madurez profesional y presencia de liderazgos consolidados. Mientras que, respecto del tipo de contrato, predomina la modalidad contrata (80%), mientras que un 20% corresponde a personal titular.

Finalmente, en relación con la subdirección o dirección de pertenencia, la mayor participación proviene de la Subdirección Médica (35%) y de Gestión del Cuidado (30%), seguidas por Dirección (25%), Subdirección Administrativa (5%) y Gestión y Desarrollo de las Personas (5%). Esta distribución evidencia una representación equilibrada de los principales ámbitos de gestión del hospital, con predominio de las áreas asistenciales.

Ámbito organización de la institución

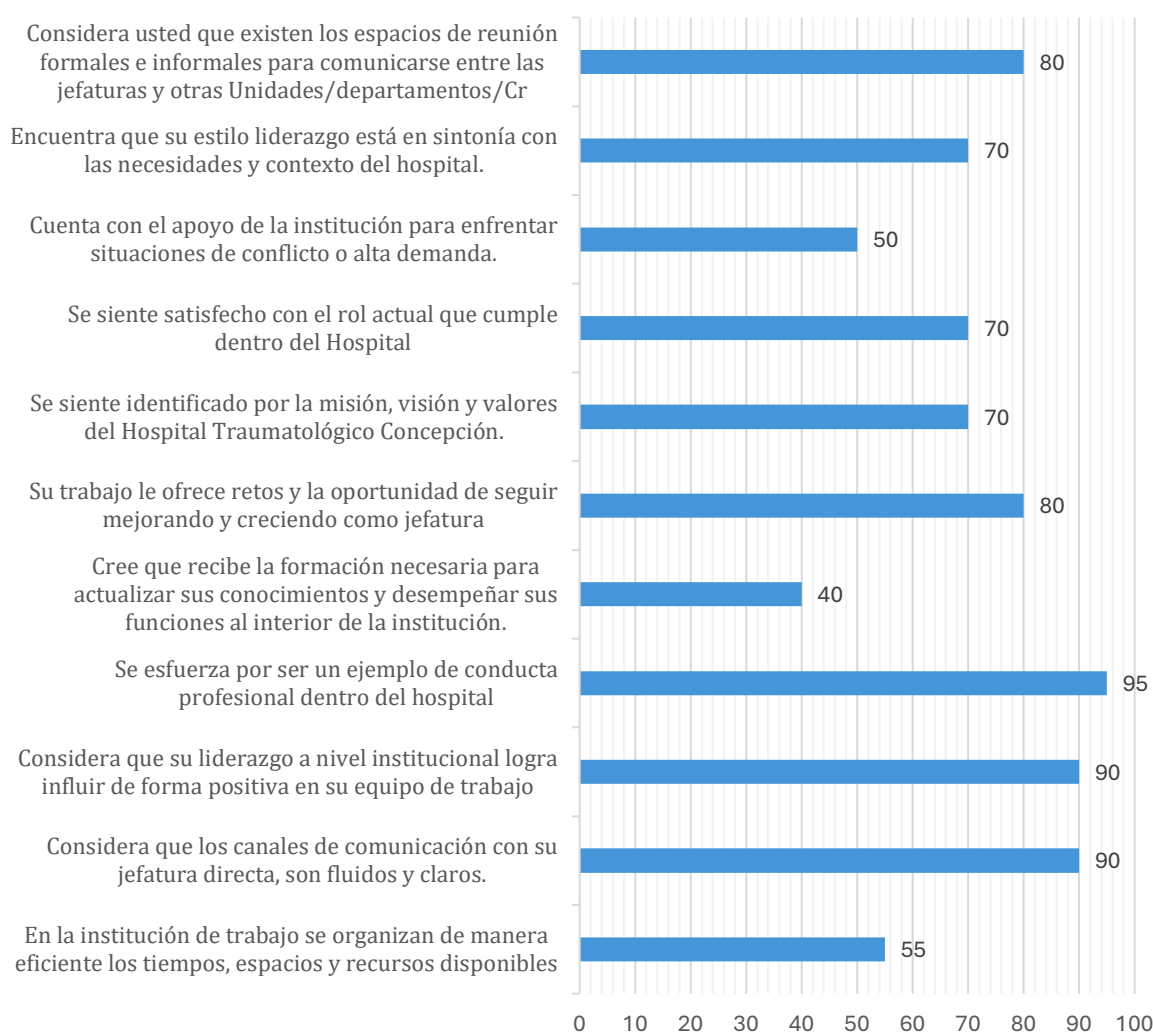
Las jefaturas del Hospital Traumatólogo de Concepción muestran una valoración mayoritariamente positiva sobre la organización y el liderazgo institucional. El 55% considera que los tiempos, espacios y recursos se gestionan de manera eficiente, mientras que un 90% señala que los canales de comunicación con su jefatura directa son fluidos y claros.

El 90% indica que su liderazgo influye positivamente en los equipos, y el 95% declara esforzarse por ser un ejemplo de conducta profesional. En contraste, solo un 40% considera recibir la formación necesaria para actualizar sus conocimientos, lo que sugiere oportunidades de mejora en el acceso a capacitación.

El 80% percibe que su trabajo le ofrece oportunidades de crecimiento, y un 70% se siente identificado con la misión y valores institucionales, así como satisfecho con su rol actual. Finalmente, un 70% estima que su estilo de liderazgo está en sintonía con las necesidades del hospital y un 80% reconoce que existen espacios de comunicación entre jefaturas y unidades.

En síntesis, las jefaturas muestran alto compromiso con el liderazgo y la comunicación, aunque evidencian brechas en formación y apoyo institucional para el desarrollo de sus funciones.

Gráfico N°13: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito organizacional (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



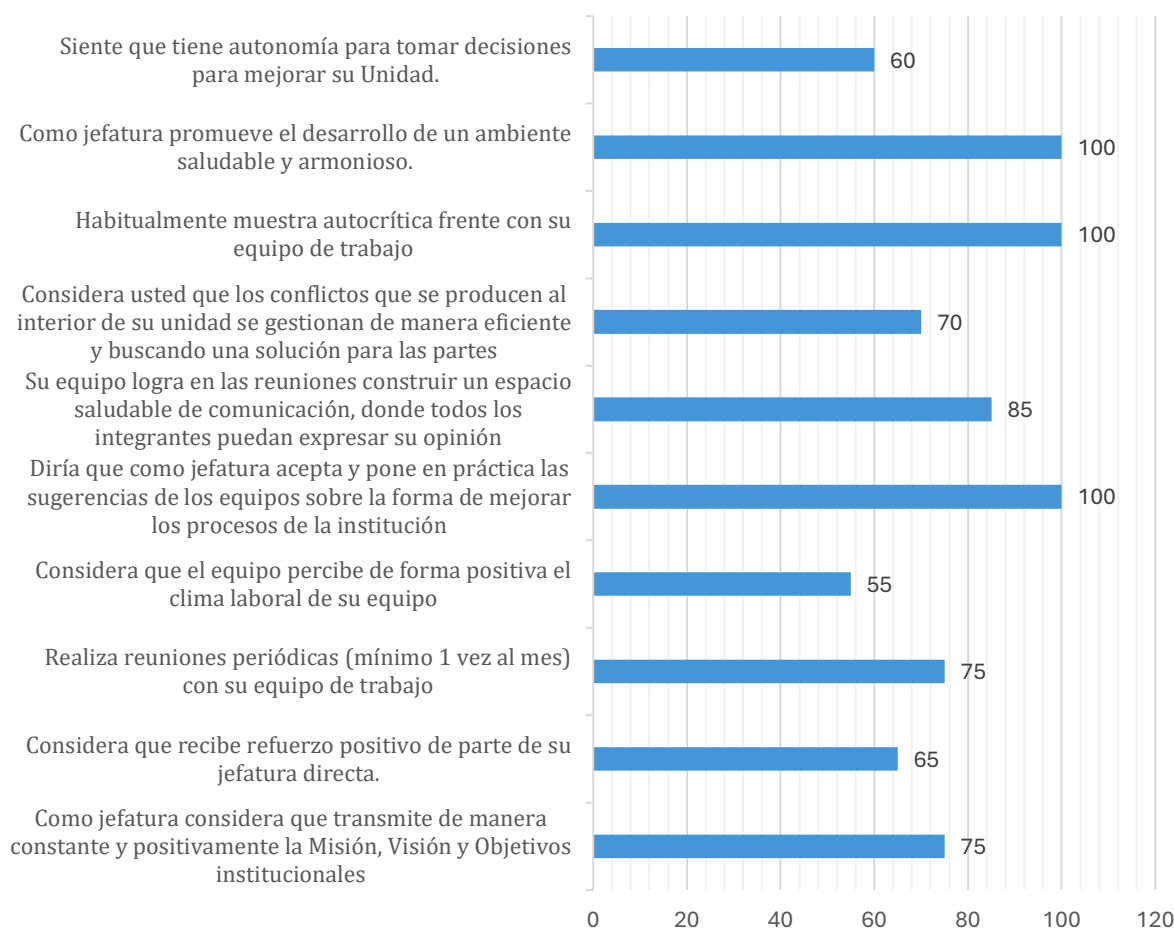
Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

Ámbito de Liderazgo y Conducción de Equipos

En este ámbito, las jefaturas del Hospital Traumatólogo de Concepción manifiestan una valoración altamente positiva sobre su rol de liderazgo y la gestión de los equipos. Un 75% considera que transmite de manera constante y positiva la misión, visión y objetivos institucionales, y un 65% indica recibir refuerzo positivo de su jefatura directa. Además, un 75% declara realizar reuniones periódicas con su equipo, generando espacios de coordinación regulares.

El 100% afirma aceptar y poner en práctica las sugerencias de sus equipos, y un 85% señala que las reuniones permiten construir espacios saludables de comunicación. Asimismo, el 70% estima que los conflictos internos se gestionan de forma eficiente y el 100% declara mostrar autocritica frente a su equipo, promoviendo reflexividad en la gestión. La totalidad de las jefaturas declara fomentar un ambiente laboral saludable y armonioso, y un 60% percibe tener autonomía para tomar decisiones en beneficio de su unidad. En conjunto, los resultados evidencian un liderazgo participativo, comunicativo y orientado al bienestar, con oportunidades de fortalecimiento en la autonomía y retroalimentación institucional.

Gráfico N°14: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito de liderazgo y conducción de equipos (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

Ámbito autoevaluación

En este ámbito, las jefaturas expresan una alta valoración sobre su propio desempeño y las competencias asociadas a la gestión de equipos. El 70% manifiesta sentirse satisfecho con las actividades que desarrolla, y un 65% señala que logra equilibrar su vida personal y profesional. A su vez, el 95% considera que su trabajo es importante para el equipo y la institución, y la totalidad se percibe capaz de tomar decisiones justas y fundamentadas en el bienestar colectivo.

El 95% indica comunicarse de manera asertiva y delegar responsabilidades adecuadamente, mientras que un 100% afirma escuchar activamente las inquietudes y necesidades del personal, y entregar retroalimentación oportuna. De igual forma, el 95% declara motivar al equipo hacia objetivos comunes y promover el trabajo colaborativo más allá de las funciones individuales.

En cuanto al autoconocimiento, un 90% indica ser capaz de identificar su estilo de liderazgo y un 95% reconoce sus fortalezas y debilidades en el rol. La percepción de carga laboral resulta más diversa, con solo un 20% que la considera adecuada. Finalmente, la totalidad de las jefaturas declara promover un clima basado en el respeto y la colaboración, y un 95% se reconoce capaz de establecer límites saludables cuando es necesario.

En conjunto, los resultados reflejan una autoevaluación altamente positiva, centrada en la comunicación, la gestión de personas y el liderazgo reflexivo, aunque con desafíos vinculados a la carga de trabajo y equilibrio personal.

Gráfico N°15: Percepciones de jefaturas sobre el ámbito de autoevaluación (% de acuerdo + totalmente de acuerdo)



Fuente: Encuesta Clima Organizacional, 2025

4.7.3 Conclusiones generales

El levantamiento de la encuesta de clima laboral, aplicada de manera online en octubre de 2025, permitió obtener una visión sobre la percepción del ambiente de trabajo al interior del Hospital Traumatólogo de Concepción, incorporando tanto la mirada de funcionarios como de jefaturas. En términos generales, los resultados muestran un clima organizacional favorable, caracterizado por relaciones colaborativas, compromiso con la misión institucional y valoración del trabajo en equipo. Los

funcionarios destacan positivamente la comunicación con sus jefaturas, la identificación con los valores del hospital y el sentido de pertenencia, mientras que las jefaturas evidencian un estilo de liderazgo participativo, enfocado en el bienestar y la convivencia laboral.

No obstante, el análisis también revela aspectos susceptibles de fortalecimiento, especialmente en la gestión interna de recursos, la equidad en la distribución de cargas de trabajo, y las oportunidades de formación y desarrollo profesional. Asimismo, se identifican desafíos vinculados al equilibrio entre vida personal y laboral y al refuerzo de los canales de comunicación transversal entre unidades.

En conjunto, la información obtenida constituye un insumo estratégico para la planificación institucional 2025-2028, aportando evidencia sobre las fortalezas culturales y las áreas de mejora que pueden orientar acciones concretas en materia de gestión del talento humano, liderazgo y bienestar organizacional.

4.8 Satisfacción Usuaría

La evaluación de la satisfacción de los usuarios del Hospital Traumatólogo de Concepción se realizó en el marco del “Protocolo de Aplicación de Encuesta de Evaluación del Respeto a los Derechos de los Pacientes” vigente para el establecimiento. El propósito central de esta medición es conocer la percepción de los usuarios y acompañantes sobre la atención recibida, para así establecer planes de mejora continua y atender las necesidades y requerimientos específicos de la población beneficiaria. Para el primer semestre de 2025, la meta muestral establecida fue de 125 encuestas aplicadas, cumpliendo con la programación semestral. La aplicación se distribuyó en un 55,2% en atención cerrada y 44,8% en atención abierta, concentrando la mayor participación en Hospitalizados (4° y 5° piso) y Medicina Física y Rehabilitación. Para asegurar la objetividad de los resultados, las encuestas fueron realizadas exclusivamente por miembros de los diferentes grupos de voluntariado que participan activamente en el establecimiento.

Principales resultados

El análisis de la muestra obtenida durante el primer semestre de 2025 reveló un perfil de usuario predominantemente afiliado a FONASA (90%), residiendo en comunas cercanas como Concepción (22,4%), San Pedro de la Paz (12%) y Lota (11,2%). El 82% de los encuestados fueron pacientes directos y el 18% corresponde a acompañantes de éstos.

Respecto a la ley que regula los derechos y deberes de las personas en su atención de salud, ley N°20.584, los resultados indican un alto nivel de cumplimiento en los aspectos relacionados con la humanización y el trato. Hechos como que: el personal portara su credencial, recibir compañía en su atención, y ser llamado por su nombre alcanzó el 96% de cumplimiento. El derecho a recibir trato digno y de respeto y la atención de salud segura y de calidad también superaron el 80% de conformidad. Sin embargo, el indicador más bajo en esta sección fue el de Atención Oportuna, que alcanzó solo un 72% de cumplimiento, señalando una brecha crítica en los tiempos de espera.

En cuanto a la Satisfacción Usuaría, al analizar el resultado general de la aplicación de las encuestas, el 93% encasilla al hospital en la categoría **NIVEL DE SATISFACCION MUY BUENO**, de acuerdo a la categorización realizada por la comisión del ámbito. De forma coherente, el 96% de los encuestados recomendaría el hospital, lo que subraya la percepción positiva general. El trato recibido por el personal asistencial técnico de enfermería en nivel superior fue catalogado como "bueno" o "muy bueno" por más del 80% de los usuarios.

Principales conclusiones

La principal conclusión es que el Hospital Traumatológico de Concepción goza de un alto reconocimiento por la calidad humana y el buen trato del personal asistencial, una fortaleza que sustenta el 93% de satisfacción global y la alta tasa de recomendación. Esta fortaleza es consistente con las solicitudes ciudadanas que destacan positivamente el trato, permitiendo a la institución mantener un estatus favorable en la comunidad.

No obstante, el diagnóstico identifica dos ejes de trabajo fundamentales donde se concentran las mayores brechas: la eficiencia operativa y la comunicación clínica. Respecto del primer eje, la falta de oportunidad es la debilidad más evidente, con el 28% de los usuarios reportando mucho tiempo de espera para la realización de cirugías. Este déficit en la gestión clínica requiere un plan de mejora en la coordinación de pabellones y listas de espera.

En el segundo eje del ámbito comunicacional se detectaron deficiencias en el rol del médico tratante, cuyo trato fue evaluado como regular o malo por un 21% de los usuarios. Esta insatisfacción se debe principalmente a la falta de comunicación cordial y a la falta de respuesta a las consultas clínicas, lo que lleva a que un porcentaje significativo de usuarios no comprenda la información médica recibida. Además, persiste una brecha en la información financiera, ya que un 19% de los encuestados señaló no haber sido informado sobre los costos de la atención, y un 14% manifestó no haber tenido la opción de aceptar o rechazar el tratamiento.

El desafío estratégico del Hospital Traumatológico de Concepción es lograr que la excelencia en el trato se traduzca en eficiencia clínica y transparencia informativa para asegurar la satisfacción plena y el cumplimiento de los derechos de todos los usuarios.

4.9 Análisis PESTEL

El análisis PESTEL es una herramienta de planificación estratégica que se utiliza para identificar y evaluar los factores del entorno externo que pueden afectar a la organización. Este examen se desglosa en seis dimensiones críticas: Político, Económico, Social, Tecnológico, Ecológico y Legal, permitiendo comprender el contexto macro ambiental en el que opera la institución para anticipar cambios y adaptar la estrategia de manera proactiva.

4.9.1 Contexto Político-Público

En los últimos años, las políticas de salud han priorizado el fortalecimiento de la red pública y la reducción de brechas de acceso. Sin embargo, el escenario político sanitario para el periodo 2024-2025 está marcado por la gestión de la eficiencia, la reconfiguración de la red asistencial y la expansión de la infraestructura.

- a) **Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS):** El gobierno continúa con la expansión programada de la APS Universal. Esto implica una redefinición de la red de derivación, al fortalecer la capacidad resolutoria de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en patologías musculoesqueléticas leves, el Servicio de Salud de Concepción desde la atención primaria deberá coordinar protocolos para asegurar que solo los casos de resolución quirúrgica o de especialidad compleja sean derivados al nivel terciario.
- b) **Inversión en Infraestructura y "Plan Red Biobío":** En el marco del Plan de Inversiones en Salud, se contempla la construcción de nuevos hospitales provinciales incorporando 569 camas al sistema del Servicio de Salud Concepción para descongestionar la red de alta complejidad. Específicamente para el Hospital Traumatólogo de Concepción, se proyecta la construcción del 6° Piso, una obra de aproximadamente 9.641 m² destinada a modernizar pabellones e incrementar camas. La materialización de esta inversión dependerá de la priorización presupuestaria y la gestión eficiente de los recursos corrientes para obtener los decretos de Hacienda.
- c) **La Política de "Copago Cero":** La implementación de la política para los tramos C y D de Fonasa ha eliminado barreras financieras, beneficiando a más de 200 mil personas en la región. Si bien esto garantiza equidad, también ha aumentado la tasa de uso de los servicios públicos, generando una mayor presión sobre la

demanda asistencial del Hospital Traumatológico de Concepción que debe ser compensada con financiamiento fiscal adecuado. En la Actualidad dado que el Hospital ya se encuentra incorporado en la Ley de presupuesto del sector público pudiera mejorar su capacidad financiera y presupuestaria.

- d)** Priorización de Listas de Espera y Productividad: La Ley de Presupuestos 2025 mantiene el foco en la reducción de tiempos de espera, monitoreando indicadores de productividad quirúrgica. El Hospital Traumatológico de Concepción, al haber resuelto sus listas más antiguas (2018-2020), cuenta con un activo político relevante para negociar financiamiento de expansión, validando su gestión ante el Servicio de Salud Concepción.

4.9.2 Contexto Económico

La economía regional del Biobío enfrenta desafíos estructurales que impactan directamente los determinantes sociales de la salud y la disponibilidad de recursos.

- a)** Impacto de la Suspensión de Huachipato: El año 2025 la Compañía Siderúrgica Huachipato inició el cierre de operaciones. Este evento ha generado una contracción económica local significativa, aumentando la desocupación y tiene altas probabilidades de generar una migración de usuarios de Isapre a Fonasa, lo que expande la base de beneficiarios del Contexto Político-Público, lo que ha sido acompañada de la contracción económica provocada por la pandemia provocada por el virus SAR COV-2.
- b)** Inflación de Costos Médicos: La inflación en salud supera al IPC general, encareciendo insumos críticos importados como prótesis y material de osteosíntesis. Esto presiona el Subtítulo 22 del presupuesto del hospital, lo que exige la implementación de estrategias de compra para evitar quiebres de stock.
- c)** Restricción Fiscal: Los recursos para 2026 serán ajustados, debiendo establecer estrategias que permitan una reducción de costos operacionales, considerando las contingencias que puedan surgir en las distintas estaciones del año (p.e. en invierno, inundaciones por subida de niveles del agua)

4.9.3 Contexto Social

La dinámica demográfica, el perfil industrial y de servicios de la zona y las expectativas ciudadanas configuran un paciente de mayor complejidad clínica.

- a)** Perfil Epidemiológico e Industrial: Además del envejecimiento poblacional, con un 17,7% de adultos mayores según el Censo 2024, el Hospital Traumatológico de Concepción atiende a una población expuesta a la actividad industrial de la provincia de Concepción en particular los ejes Concepción – Talcahuano y Concepción-Lota. Se mantienen tasas de accidentes laborales y de tránsito que generan politraumatismos de alta complejidad. Asimismo, el aumento de enfermedades crónicas como diabetes y obesidad complica el manejo quirúrgico, elevando el riesgo de infecciones y tiempos de recuperación.
- b)** Expectativas y Satisfacción Usuaria: La ciudadanía está más empoderada y es crítica frente a las brechas de acceso. Encuestas recientes como "Chile Nos Habla" (2025) revelan que solo el 26,6% de los usuarios públicos está satisfecho con la disponibilidad de horas, frente a un 62,6% en el sector privado. Esto obliga al Hospital Traumatológico de Concepción a mejorar la gestión de sus listas de espera y la comunicación con el usuario para evitar conflictos reputacionales.
- c)** Capital Social y Trato Humanizado: A pesar del descontento de la ciudadanía con el sistema de salud terciaria, el Hospital Traumatológico de Concepción posee un activo diferenciador, su reputación de "trato humanizado". Este capital social es clave para fidelizar a la comunidad y mitigar la frustración por los tiempos de espera de los pacientes y beneficiarios.
- d)** Salud Mental y Trauma: Se observa un incremento en consultas por politraumatismos violentos o autoinferidos, coincidiendo con el deterioro de la salud mental post-pandemia y el aumento del crimen organizado en la provincia de Concepción.

4.9.4 Contexto Tecnológico

La Estrategia de Gobierno Digital al 2030 promueve la modernización digital obligatoria y la adopción de tecnologías avanzadas por parte del sector público, lo que es complementado con el nuevo marco de Salud Digital e Interoperabilidad.

- a) Marco Normativo de Salud Digital e Interoperabilidad: Además de la Ley de Interoperabilidad Ley N°21.668/2024, el entorno se fortalece con la Ley 21.541/2023 de telesalud y la Ley 21.746/2025 telemedicina y licencias electrónicas. Estas normativas promueven que el Hospital Traumatológico de Concepción a actualizar sus sistemas administrativos para compartir datos clínicos con la APS y prestadores privados, facilitando la continuidad de la atención.
- b) Innovación y Telemedicina: El MINSAL impulsa estrategias como el Hospital Digital y proyectos de ley para un Servicio Nacional de Salud Digital. Desarrollar una red de atención de salud que incluya la prestación directa de servicios, tanto a usuarios (telemedicina) como a prestadores (consultorías a profesionales). Proveer de servicios digitales a los demás Servicios de Salud que incluya el desarrollo de plataformas y de herramientas digitales. Absorber, en el SNSD, programas actuales del Ministerio de Salud (Salud Responde, Salud Digital, Unidad de Gestión Centralizada de Casos (UGCC). Proponer al Ministerio de Salud los estándares tecnológicos, referidos a seguridad e interoperabilidad.

4.9.5 Contexto Factor Ambiental

La sostenibilidad hospitalaria pasa a ser un requisito normativo fiscalizable.

- a) Eventos Climáticos Extremos: Las olas de calor proyectadas para el verano 2026 representan un riesgo operativo para el Hospital, lo que pudiera afectar la climatización en áreas críticas.
- b) Normativa y Eficiencia: El hospital debe cumplir estrictamente con el Reglamento REAS para residuos biológicos y alinearse con programas como "Mi Hospital Eficiente" y la Red Global de Hospitales Verdes, incorporando medidas de eficiencia energética para reducir costos y huella de carbono.

4.9.6 Contexto Legal

El marco regulatorio laboral y administrativo introduce nuevas obligaciones para la gestión directiva.

- a) Implementación de la Ley Karin, Ley 21.643: Vigente desde agosto de 2024, exige protocolos estrictos de prevención del acoso laboral, críticos en unidades

de alto estrés como pabellón que han iniciado su implementación en el sector público en el año 2025.

- b)** Incertidumbre Isapres, Ley Corta 21.674: La implementación de esta ley mantiene el riesgo financiero en el sistema privado, afectando la red de derivación y presionando al sistema público como "red de seguridad". De igual forma la demanda de BUPA contra el Estado de Chile ante el CIADI podría afectar el sistema presupuestario y la accesibilidad de recursos públicos.

4.10 Análisis interno FODA

El análisis FODA es un diagnóstico institucional que permite identificar las Fortalezas y Debilidades internas, junto con las Oportunidades y Amenazas del entorno externo. Su objetivo es consolidar una imagen transversal de la organización para definir ejes críticos de acción, utilizando las capacidades internas para aprovechar las ventajas competitivas y mitigar los riesgos identificados en el sistema asistencial.

Con el objetivo de profundizar el proceso de construcción de análisis interno y externo del Hospital Traumatólogo de Concepción y definir el conjunto de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y avanzar en el diagnóstico institucional, se realizaron 4 talleres con funcionarios Dirección y las Subdirecciones. Los talleres se realizaron de forma presencial los días 1 de octubre y 7 de octubre de 2025, en el auditorio del establecimiento.



4.10.1 Resultados generales

Los resultados individuales de las matrices FODA de las cuatro Subdirecciones (Administrativa, Médica, Gestión del Cuidado, y Gestión y Desarrollo de las Personas) se integran a continuación para construir una imagen institucional consolidada del Hospital Traumatólogo de Concepción. Esta visión transversal, lograda a partir de los talleres de trabajo, permite identificar las fortalezas y debilidades comunes que definen la cultura y eficiencia interna, así como las oportunidades y amenazas compartidas que modelan la estrategia del hospital como un actor clave en la Red Asistencial. Este FODA integrado es esencial para la planificación estratégica, ya que aísla los ejes críticos que deben abordarse desde una perspectiva directiva unificada.

4.10.2 Análisis Interno

Fortalezas

- Capital humano especializado y comprometido: alta calificación técnica del personal médico, de enfermería y administrativo, con fuerte vocación de servicio, resiliencia y sentido de pertenencia institucional.
- Gestión clínica y administrativa consolidada: cumplimiento sostenido de metas institucionales, altos índices de satisfacción usuaria y tercer proceso de acreditación en calidad y seguridad del paciente vigente.
- Infraestructura moderna y funcional: edificio del hospital de diseño reciente (2014), con equipamiento clínico actualizado y condiciones físicas adecuadas para la atención segura.
- Cultura organizacional positiva: clima laboral colaborativo, cohesión de equipos, comunicación efectiva entre unidades y liderazgo técnico-directivo con experiencia en gestión pública de salud.
- Modelo de atención centrado en la persona: atención humanizada, protocolos clínicos estructurados, seguimiento de calidad asistencial y promoción de la dignidad del paciente.

- Sistemas administrativos eficientes: existencia de manuales y procesos formalizados de cuentas por pagar, cobrar, conciliación bancaria, centros de costo y control de adquisiciones.
- Vínculo docente-asistencial sólido: convenios vigentes con universidades acreditadas, fortaleciendo docencia, investigación y formación de especialistas en traumatología.
- Posicionamiento regional: reconocimiento como centro de referencia macrozonal en ortopedia y traumatología compleja, contribuyendo a la reducción de listas de espera.
- Cohesión intersubdireccional: coordinación funcional entre áreas médica, administrativa, gestión del cuidado y gestión de personas, que favorece la continuidad del proceso clínico.
- Innovación en procesos internos: uso de tecnologías de información, sistemas de trazabilidad en farmacia, protocolos de mantenimiento de equipos críticos y vigilancia de la calidad asistencial.

Debilidades

- Dependencia estructural del Servicio de Salud Concepción: limitada autonomía financiera y de gestión, que restringe decisiones estratégicas y de inversión.
- Déficit presupuestario y restricciones de gasto: recursos insuficientes para responder al crecimiento de la demanda y mantener la renovación tecnológica sostenida.
- Insuficiencia de recursos humanos: déficit de personal no médico y técnico en áreas críticas, sobrecarga laboral y rotación por falta de incentivos y desarrollo profesional.
- Brechas de infraestructura funcional: carencia de central de esterilización, limitaciones en áreas administrativas, ventilación deficiente en algunos sectores y espacios inadecuados para talleres o reuniones.

- Fallas de estandarización y trazabilidad de procesos: ausencia de manuales y políticas de RRHH actualizadas, planificación insuficiente y debilidad en la coordinación interdepartamental.
- Falta de equipamiento diagnóstico clave: dependencia de servicios externos para resonancia magnética, limitando la oportunidad diagnóstica.
- Debilidades en la gestión de personas: Falta difusión de las políticas de gestión de las personas, con el fin de potenciar el de las jefaturas intermedias de la institución. Déficit de recursos que permitan realizar cursos de capacitación para áreas críticas.
- Brechas en adherencia a protocolos clínicos: discrepancia entre cumplimiento documental y resultados clínicos (elevadas tasas de IAAS en unidades críticas).
- Falta de cultura investigativa institucional: baja producción científica y ausencia de una estrategia propia de investigación aplicada.
- Procesos administrativos lentos: demoras en contratación, compras y reposición de insumos, afectando la oportunidad operativa.

4.10.3 Análisis Externo

Oportunidades

- Transición hacia la autogestión hospitalaria: habilitación normativa para mayor autonomía presupuestaria y de gestión, coherente con los resultados alcanzados.
- Avances en salud digital y telemedicina: implementación de interoperabilidad ministerial, hospital digital que pueden optimizar procesos clínicos y administrativos.
- Ampliación de prestaciones y servicios domiciliarios: desarrollo de hospitalización domiciliaria y servicios complementarios de rehabilitación, descongestionando camas críticas.

- Fondos y programas sectoriales y regionales: acceso a financiamiento de inversiones (GORE, MINSAL, SENDA, programas de eficiencia energética, etc.) que fortalecen equipamiento e infraestructura.
- Incremento de la demanda pública: migración masiva desde ISAPRE a Fonasa amplía la cartera potencial de usuarios, consolidando el rol del Hospital Traumatológico de Concepción como referente traumatológico.
- Integración académica y científica: posibilidad de crear un centro regional de investigación clínica y formación avanzada en traumatología y rehabilitación.
- Innovaciones tecnológicas emergentes: inteligencia artificial, gestión digital de camas y sistemas de trazabilidad que pueden aumentar eficiencia y control operativo.
- Procesos de acreditación y certificación: instrumentos que permiten fortalecer la calidad, visibilizar buenas prácticas y acceder a incentivos financieros por desempeño.
- Desarrollo del polo traumatológico regional: articulación con otros hospitales de la red (San José de Coronel, Lota) para especialización territorial y aumento de cobertura quirúrgica.

Amenazas

- Restricciones fiscales estructurales: políticas de contención del gasto público que limitan la expansión presupuestaria en salud y retrasan proyectos de inversión.
- Dependencia centralizada y burocrática: decisiones administrativas y financieras sujetas al Servicio de Salud o MINSAL, que ralentizan la ejecución operativa.
- Competencia del sector privado: clínicas con mejores remuneraciones y equipamiento captan profesionales altamente especializados, generando fuga de talento.

- Aumento sostenido de la demanda y envejecimiento poblacional: presión asistencial por incremento de patologías osteoarticulares y traumatismos en adultos mayores.
- Judicialización y desconfianza ciudadana: incremento de reclamos y procesos legales por tiempos de espera o eventos adversos, con impacto reputacional.
- Crisis estructural de las ISAPRE y cambios de política pública: sobrecarga en hospitales públicos por aumento de beneficiarios Fonasa y mayor exigencia social.
- Rotación y desgaste del personal: estrés laboral y brechas remuneracionales frente al mercado privado o interservicios.
- Inseguridad y deterioro del entorno urbano: aumento de delitos y falta de resguardo perimetral que afecta la seguridad del personal y usuarios.
- Obsolescencia tecnológica y quiebres de stock: lentitud en mantención de equipos y problemas de suministro de insumos médicos a nivel nacional.
- Eventos ambientales y riesgos climáticos: olas de calor, lluvias extremas o cortes eléctricos que comprometen continuidad operativa y confort hospitalario.

4.10.4 Matriz FODA

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
F1. Capital humano especializado y comprometido. F2. Gestión clínica y administrativa consolidada. F3. Infraestructura moderna y funcional. F4. Cultura organizacional positiva. F5. Modelo de atención centrado en la persona usuaria. F6. Sistemas administrativos eficientes. F7. Vínculo docente-asistencial sólido. F8. Posicionamiento regional como centro de referencia. F9. Cohesión intersubdireccional. F10. Innovación en procesos internos.	O1. Transición hacia la autogestión hospitalaria. O2. Nuevo proyecto de infraestructura hospitalaria (Plan Red Biobío). O3. Avances en salud digital y telemedicina. O4. Expansión de hospitalización domiciliaria y servicios complementarios. O5. Fondos y programas sectoriales y regionales de inversión. O6. Incremento de la demanda pública (migración ISAPRE-Fonasa). O7. Integración académica y científica. O8. Innovaciones tecnológicas emergentes (IA, SIGICAM). O9. Procesos de acreditación y certificación hospitalaria. O10. Desarrollo del polo traumatológico regional.
DEBILIDADES	AMENAZAS
D1. Dependencia estructural del Servicio de Salud Concepción. D2. Déficit presupuestario y restricciones de gasto. D3. Insuficiencia de recursos humanos y rotación del personal. D4. Brechas de infraestructura funcional y logística. D5. Falta de estandarización y trazabilidad en procesos. D6. Falta de equipamiento diagnóstico clave (resonador, etc.). D7. Debilidades en jefaturas intermedias en gestión de personas y liderazgo interno. D8. Brechas en adherencia a protocolos clínicos. D9. Falta de cultura investigativa institucional. D10. Procesos administrativos lentos y dependientes.	A1. Restricciones fiscales estructurales. A2. Dependencia centralizada y burocrática del nivel superior. A3. Competencia del sector privado y fuga de talento. A4. Aumento sostenido de la demanda y envejecimiento poblacional. A5. Judicialización y desconfianza ciudadana. A6. Crisis de las ISAPRE y sobrecarga de la red pública. A7. Rotación y desgaste del personal por sobrecarga. A8. Inseguridad y deterioro del entorno urbano. A9. Obsolescencia tecnológica y quiebres de stock nacional. A10. Riesgos ambientales y climáticos que afectan continuidad operativa.

4.10.5 Matriz de estrategias

ESTRATEGIAS OFENSIVAS	ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS
Potenciar el prestigio del hospital y su capital humano especializado para liderar la red traumatológica regional y acceder a programas de autogestión hospitalaria. Utilizar la infraestructura moderna y los sistemas administrativos consolidados para postular al financiamiento del nuevo edificio del Plan Red Biobío. Fortalecer el vínculo docente y la investigación aplicada mediante alianzas académicas con universidades y centros formadores. Incorporar tecnologías de salud digital y telemedicina apoyadas en la cohesión de equipos y cultura de innovación. Aumentar la resolutividad quirúrgica y la productividad aprovechando la expansión de servicios domiciliarios y la alta demanda Fonasa	Reducir la dependencia del Servicio de Salud mediante la transición a hospital autogestionado y fortalecimiento de la gobernanza interna. Superar el déficit de recursos humanos implementando programas de formación y becas financiadas por fondos regionales o ministeriales. Renovar equipamiento diagnóstico y tecnológico mediante proyectos de inversión asociados al Plan Red Biobío y programas de modernización hospitalaria. Estandarizar procesos administrativos y clínicos con apoyo de sistemas interoperables y digitalización ministerial. Promover cultura investigativa y mejora continua (D9) aprovechando convenios de investigación y procesos de acreditación hospitalaria.
DEFENSIVAS	REACTIVAS
Usar la reputación institucional y la calidad acreditada para mantener confianza ciudadana frente a la judicialización o desinformación. Retener personal clave mediante programas de bienestar y reconocimiento para evitar fuga al sector privado. Implementar mantenimiento predictivo y trazabilidad tecnológica para enfrentar quiebres de stock y obsolescencia. Aprovechar la cultura colaborativa y coordinación inter-subdireccional para responder a crisis asistenciales o aumentos de demanda. Fortalecer los sistemas administrativos y de control financiero para resistir las restricciones presupuestarias y dependencia centralizada.	Gestionar el déficit presupuestario implementando planificación basada en desempeño y eficiencia operativa ante restricciones fiscales. Mejorar la gestión del personal y condiciones laborales para disminuir rotación y estrés frente al aumento de demanda y competencia privada. Acelerar procesos administrativos y compras para reducir vulnerabilidad ante quiebres de stock y retrasos logísticos. Diseñar planes de contingencia para mantener continuidad operativa ante eventos climáticos extremos. Reforzar el cumplimiento de protocolos clínicos y de calidad para mitigar riesgos de judicialización y pérdida de confianza

CAPÍTULO V

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2025-2028



5.1 Metodología para la Definición de Misión, Visión y Valores

La elaboración de la Planificación Estratégica 2025-2028 del Hospital Traumatólogo de Concepción se cimentó en un modelo de diseño participativo y co-creación. Este enfoque aseguró que las definiciones institucionales no fueran impuestas, sino que emergieran de la reflexión colectiva de quienes componen y se vinculan con el hospital.

A continuación, se detallan las cuatro grandes jornadas que estructuraron este proceso.

5.1.1 PRIMERA JORNADA: Definiciones Estratégicas (Misión, Visión y Valores)

Esta jornada inicial tuvo como propósito establecer el "corazón" del plan estratégico. Se convocó a un grupo representativo de la comunidad interna, directivos y funcionarios, representantes de gremios de la salud, voluntariados, miembros de la sociedad civil y actores claves de la red, bajo la premisa de que la identidad del Hospital debe ser capturada desde todas sus perspectivas.



El trabajo se desglosó en cuatro etapas metodológicas:

- **Exploración de la Identidad Institucional:** Los participantes realizaron un ejercicio de introspección para identificar los conceptos clave y atributos que hoy describen al Hospital, reconociendo su identidad organizacional actual.
- **Definición de la Misión:** Respondiendo colaborativamente a las interrogantes de *quiénes somos, qué hacemos y a quién servimos*, se redactó una declaración de propósito que orienta el quehacer diario de la institución.
- **Construcción de la Visión:** Mediante dinámicas de visualización a largo plazo, se proyectó el futuro deseado, definiendo la aspiración de liderazgo nacional y excelencia que el Hospital se compromete a alcanzar.
- **Formulación de Valores:** Se consensuaron los principios y comportamientos éticos que deben regir la cultura interna y el trato con los usuarios.

Tras esta jornada, las propuestas preliminares fueron sometidas a una votación abierta y masiva por parte de la comunidad hospitalaria, otorgando legitimidad a las definiciones finales.

5.1.2 SEGUNDA JORNADA: Análisis Estratégico y Mapa Estratégico

El segundo hito se enfocó en la transición de la identidad hacia la acción técnica. En esta instancia participaron mesas transversales compuestas por personal de todos los estamentos, integrantes y directivos de la red, sociedad civil y del voluntariado.

- **Análisis MicMac:** Se aplicó la metodología de Matriz de Impactos Cruzados (MicMac) para identificar las variables críticas y los motores de cambio que afectarán al hospital en el próximo cuatrienio.
- **Objetivos Estratégicos:** El trabajo grupal permitió traducir las necesidades detectadas en objetivos concretos. Cada mesa expuso sus planteamientos en plenaria, fomentando un debate que permitió consolidar una visión unificada.





- **Mapa Estratégico:** Como resultado de las exposiciones y la priorización colaborativa, se diseñó el Mapa Estratégico, que vincula visualmente los objetivos en dimensiones críticas para la gestión institucional.

5.1.3 TERCERA JORNADA: Definición de Indicadores

Una vez definida la estrategia, se procedió a su operativización mediante un trabajo técnico de carácter interno. Para ello, se organizó a los referentes técnicos y jefaturas del hospital en 5 mesas de trabajo especializadas.

- **Diseño de Indicadores:** Cada mesa tuvo la misión de proponer indicadores de proceso y resultado para los objetivos del mapa estratégico, asegurando que cada meta fuera medible y trazable.
- **Refinamiento:** De estas mesas surgió una versión inicial de la matriz de indicadores, la cual fue posteriormente revisada y refinada por la Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo para garantizar su viabilidad técnica, disponibilidad de datos y alineación con los estándares de la red asistencial.



5.1.4 CUARTA JORNADA: Presentación del Plan Estratégico

El proceso culminó con una jornada de presentación masiva dirigida a toda la comunidad interna y externa.

- **Socialización y Empoderamiento:** Más que una entrega de resultados, esta jornada buscó "empapar" a los funcionarios y aliados estratégicos con la nueva hoja de ruta. El objetivo fue que cada integrante de la organización comprendiera su rol dentro del plan y se sintiera parte activa de la transformación institucional.
- **Compromiso Institucional:** Este hito marcó el inicio de la fase de implementación, cerrando el ciclo de diseño con un fuerte sentido de compromiso colectivo hacia los desafíos 2025-2028.



A continuación, se presentan las principales definiciones estratégicas surgidas a partir de este proceso participativo.

MISIÓN

Somos un Hospital Público asistencial docente referente en la red nacional de salud, que brinda atención integral y resolutive en traumatología, con un equipo altamente comprometido, especializado, con excelencia clínica, innovación y trato humanizado.



VISIÓN

Ser un Establecimiento de Alta Complejidad, Autogestionado, líderes en traumatología a nivel nacional, reconocido por su excelencia clínica, capacidad innovadora y gestión eficiente, centrada en el usuario.



VALORES

- Colaboración y Trabajo en Equipo
- Ética/Compromiso institucional
- Humanización y Trato Digno
- Excelencia
- Equidad



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: Consolidar una gestión financiera, operativa, eficiente, transparente y sostenible, que optimice el uso de los recursos públicos y eleve la capacidad resolutive del Hospital Traumatólogo de Concepción. Para esto, se implementarán mecanismos de planificación presupuestaria, control de gastos y auditoría interna, junto con la integración digital de procesos clínico-administrativos y la ejecución de programas de mantenimiento preventivo y correctivo.

Objetivo estratégico 2: Fortalecer una atención centrada en la persona, basada en la humanización del cuidado, el trato digno y la participación activa de los usuarios, garantizando experiencias positivas y corresponsables en el proceso asistencial. El HTC implementará acciones sostenidas de mejora continua en la calidad del servicio clínico y administrativo, la gestión oportuna de reclamos y la formación del personal en trato humanizado, consolidando además espacios de participación comunitaria y consejos consultivos fortalecidos.

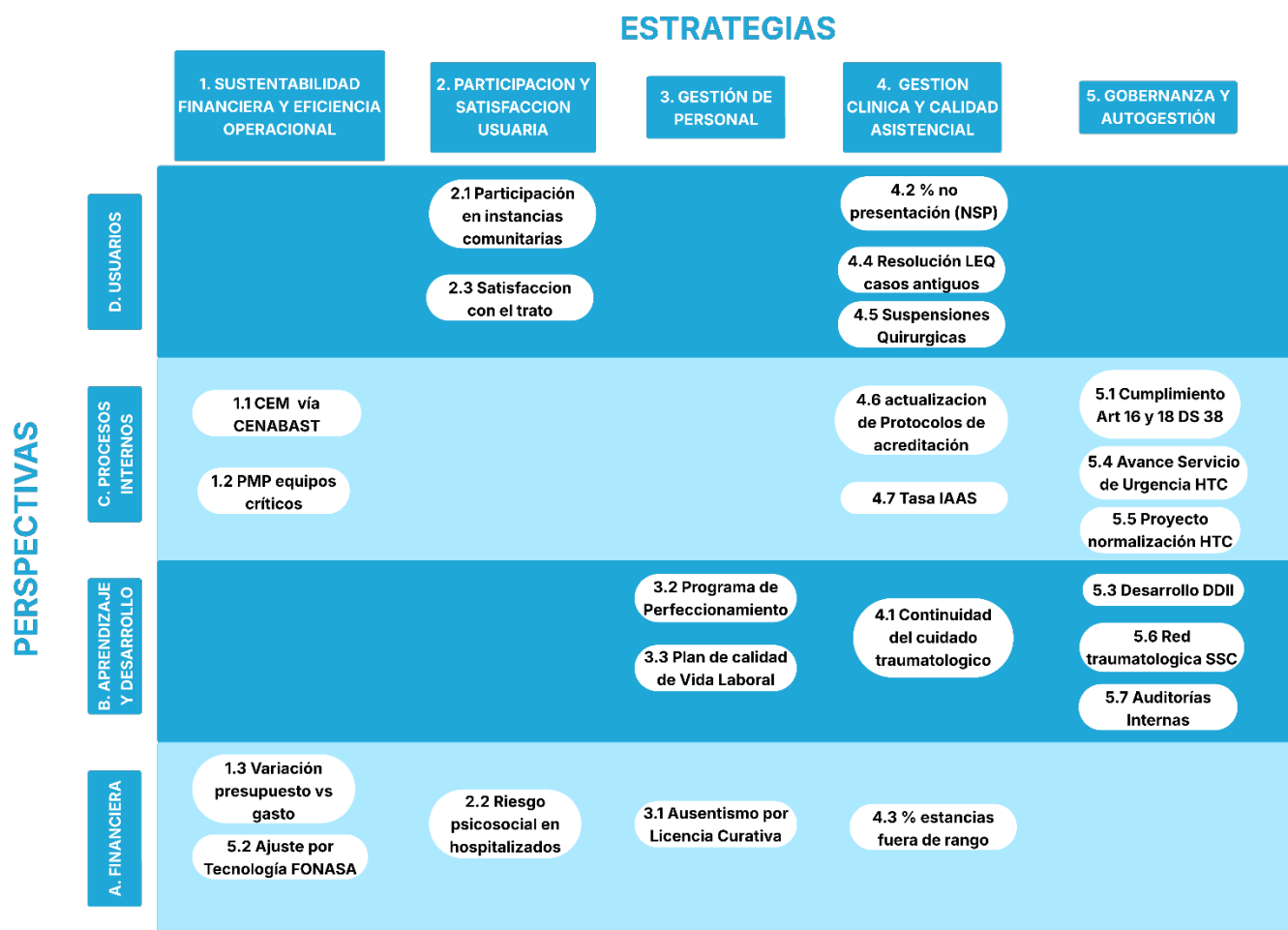
Objetivo estratégico 3: Fortalecer una cultura organizacional basada en el bienestar, el liderazgo y el aprendizaje continuo, asegurando una dotación suficiente, calificada y comprometida que permita brindar una atención traumatológica de excelencia, innovadora y humanizada. Para ello, el HTC desarrollará e implementará políticas integrales de gestión del talento humano, orientadas a reducir la brecha de recursos humanos, incrementar la participación del personal en programas de formación continua, y alcanzar niveles sostenidos de satisfacción laboral, promoviendo el autocuidado, la equidad interna y el desarrollo profesional como pilares de la sostenibilidad institucional.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

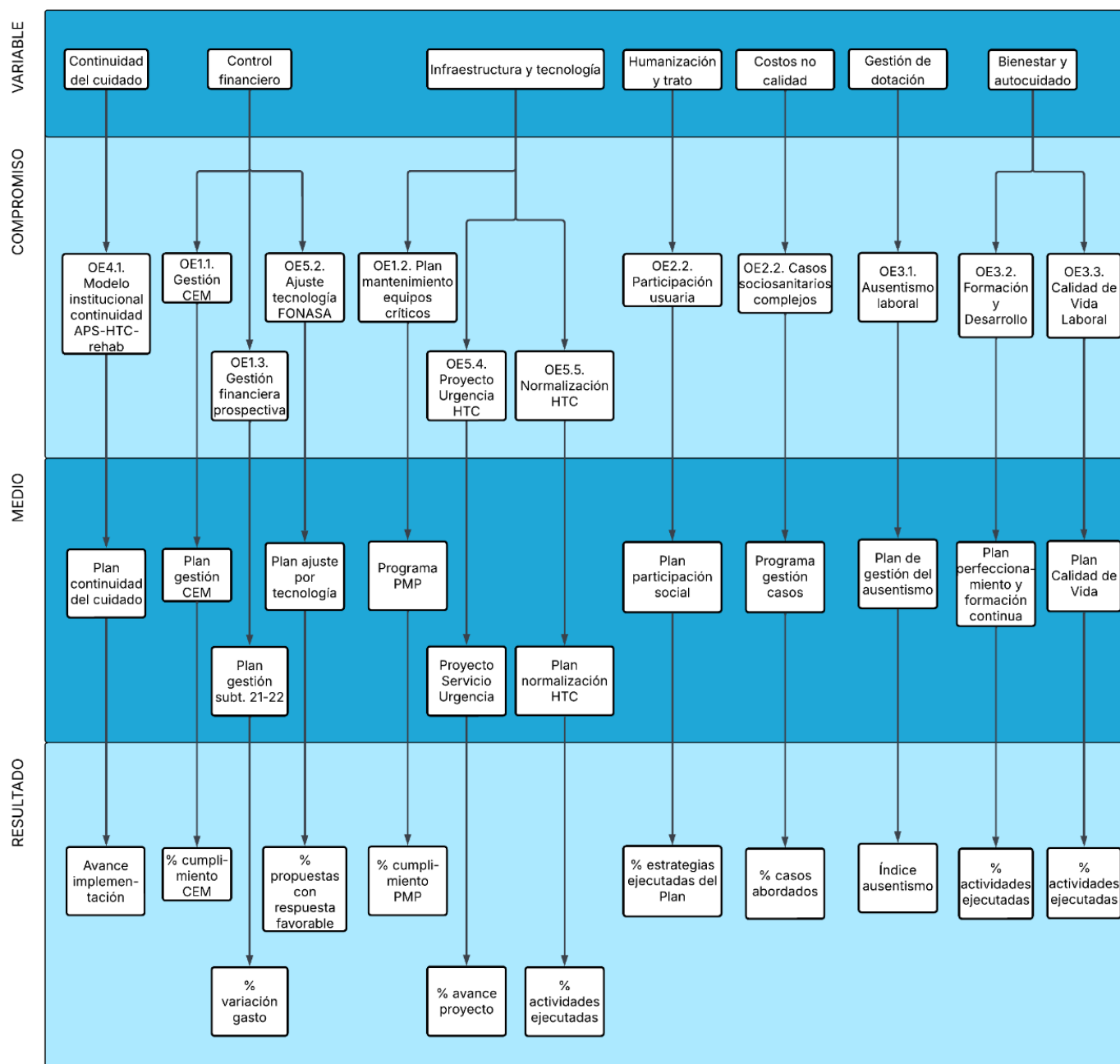
Objetivo estratégico 4: Consolidar un modelo de atención clínica integral, segura y humanizada, basado en la estandarización de procesos, la integración clínico-administrativa y la gestión del riesgo asistencial, que garantice la calidad, continuidad y trazabilidad del cuidado en todas las etapas del proceso traumatológico. Con este objetivo, el HTC implementará sistemas digitales interoperables, fortalecerá la adherencia a protocolos y buenas prácticas orientadas al bienestar físico, emocional y social de pacientes, familias y funcionarios.

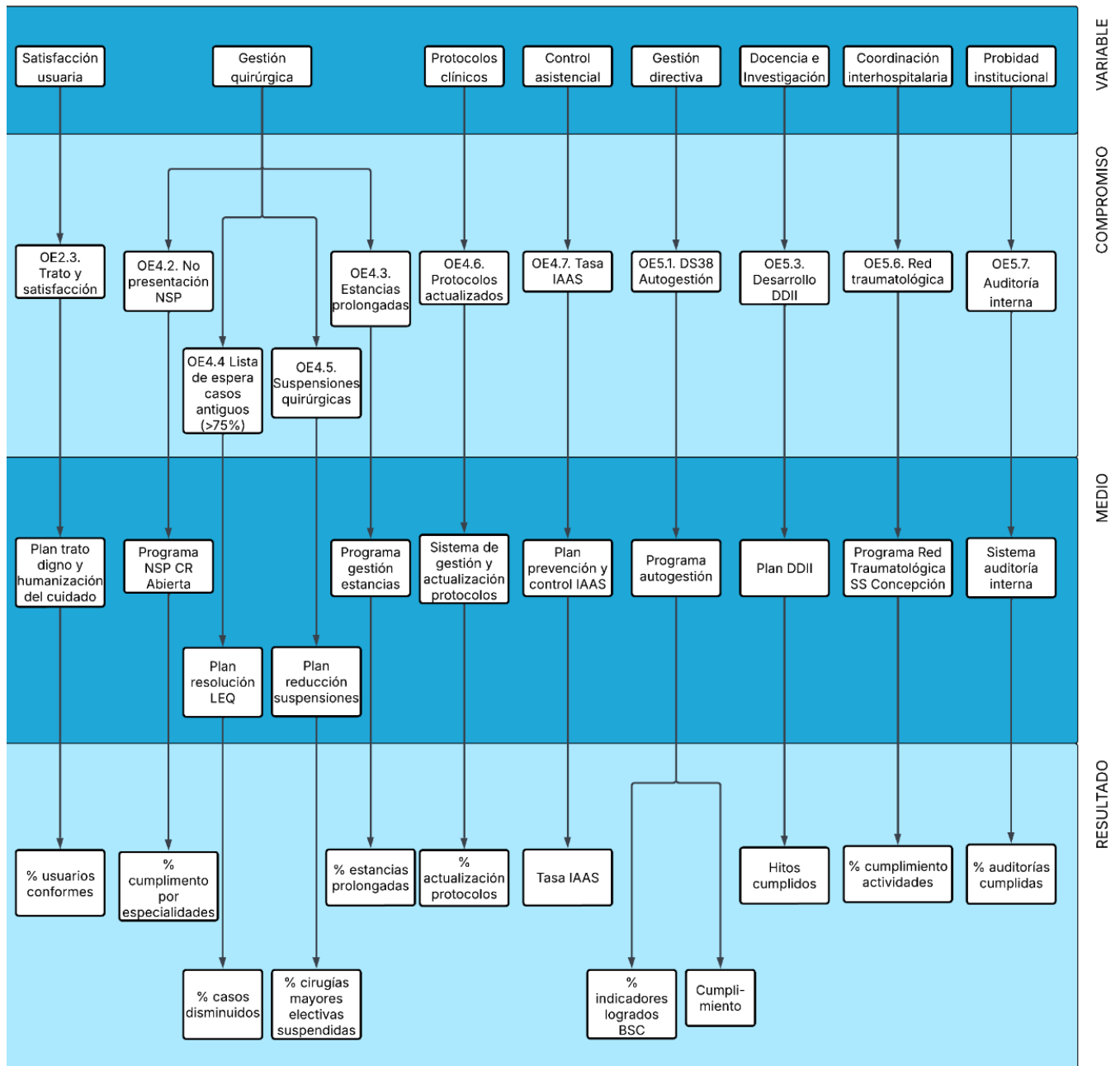
Objetivo estratégico 5: Consolidar un modelo de gobernanza hospitalaria transparente, articulado en red y orientado a la excelencia institucional, fortaleciendo la capacidad de autogestión, la coordinación efectiva de los equipos y la vinculación con la comunidad y los distintos niveles de atención (Primaria y Secundaria) para asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Asimismo, impulsar la generación de proyectos colaborativos en docencia e investigación aplicada, promoviendo una gestión basada en evidencia, innovación y mejora continua de la gestión hospitalaria.

5.6 MAPA ESTRATÉGICO



5.7 MODELO LÓGICO DE DESPLIEGUE ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL





5.8 INDICADORES Y PLAN DE ACCIÓN

La planificación estratégica 2025-2028 se operacionaliza en **23 indicadores**:

Dimensión Estratégica	Nº Indicador	Nombre Del Indicador
1. Sustentabilidad Financiera Y Eficiencia Operacional	1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras en monto y cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación de CENABAST.
	1.2	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos Críticos en el periodo t.
	1.3	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.
2. Participación Y Satisfacción Usuaría	2.1	Porcentaje de estrategias del Plan Anual de Participación Social implementadas conforme a lo programado.
	2.2	Porcentaje de hospitalizados con factores de riesgo psicosocial identificados y abordados
	2.3	Porcentaje de usuarios conformes con el trato recibido en atención abierta y cerrada
3. Gestión De Personas (Aprendizaje Y Desarrollo)	3.1	Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
	3.2	Plan de perfeccionamiento y formación continua para personal del HTC.
	3.3	Porcentaje de actividades realizadas del Plan de Calidad de Vida Laboral
4. Gestión Clínica Y Calidad Asistencial	4.1	Elaborar protocolo de continuidad del cuidado del paciente HTC, para garantizar la atención integral posterior al alta hospitalaria en el nivel de Atención Primaria en Salud (APS).
	4.2	Porcentaje de no presentación en atención (NSP) ambulatoria
	4.3	Porcentaje de egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).
	4.4	Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.
	4.5	Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
	4.6	Cumplimiento de actualización de protocolos relacionados con el proceso de acreditación.
	4.7	Tasa de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)

Dimensión Estratégica	Nº Indicador	Nombre Del Indicador
5. Gobernanza, Liderazgo y Transparencia	5.1	Cumplimiento de los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005 e indicadores del Balanced Scorecard (BSC)
	5.2	Porcentaje de propuestas de prestaciones con incorporación de ajuste de tecnología presentadas a FONASA que resultan aprobadas.
	5.3	Plan de desarrollo del departamento docente, investigación e innovación (DDII)
	5.4	Porcentaje de avance en la creación e implementación del servicio de urgencia del HTC.
	5.5	Cumplimiento de hitos del proyecto de normalización del HTC
	5.6	Cumplimiento de Actividades definidas por HTC para contribuir al Programa de Creación de la Red de Traumatología del Servicio de Salud Concepción
	5.7	Porcentaje de cumplimiento de auditorías internas

Cada uno de los indicadores, su ficha y plan de acción serán desarrollados en extenso en las páginas siguientes.



Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo

5.8.1 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Sustentabilidad Financiera y Eficiencia Operacional

Objetivo Estratégico 1: Consolidar una gestión financiera, operativa, eficiente, transparente y sostenible, que optimice el uso de los recursos públicos y eleve la capacidad resolutive del Hospital Traumatológico de Concepción. Para esto, se implementarán mecanismos de planificación presupuestaria, control de gastos y auditoría interna, junto con la integración digital de procesos clínico-administrativos y la ejecución de programas de mantenimiento preventivo y correctivo.

Ficha Indicador 1.1

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de cumplimiento de compras en monto y cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de intermediación de CENABAST.
Objetivo Estratégico Asociado	Fortalecer la Gestión y Financiamiento del establecimiento que permita el uso racional de los recursos disponibles para un funcionamiento eficiente.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el establecimiento a través de CENABAST}}{\text{Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el establecimiento}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	>=80%
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: 80% 2027: 85% 2028: 90%
Fuente de Datos	CENABAST
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	CR Abastecimiento

Plan de Acción Indicador 1.1

Plan de Acción: Plan de gestión integral de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM)			
1	Elaborar y aprobar la programación anual de la CEM a través de CENABAST, considerando consumo histórico, proyecciones de demanda y cartera de servicios.		
2	Definir una programación complementaria de la CEM del HTC para ítems no cubiertos o con riesgo de quiebre de stock.		
3	Implementar un sistema de monitoreo mensual de cumplimiento de entregas (cantidad, oportunidad y calidad técnica) y de niveles de stock crítico por servicio.		
4	Registrar en la plataforma de CENABAST todos los reclamos por incumplimiento de proveedores y darles seguimiento hasta su resolución, generando reportes trimestrales para Dirección y CR Finanzas.		
Estrategia:		Sustentabilidad Financiera	Perspectiva: Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar un sistema de gestión integral de la Canasta Esencial de Medicamentos que asegure la programación anual, el monitoreo mensual de cumplimiento de proveedores y el registro del 100% de reclamos en la plataforma CENABAST, reduciendo progresivamente los quiebres de stock críticos.			
Responsable		CR Abastecimiento	

Ficha Indicador 1.2

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos Críticos en el periodo t.
Objetivo Estratégico Asociado	Garantizar la eficiencia operativa y la seguridad clínica mediante el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.
Tipo de Indicador	Resultado / Proceso
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº actividades del Plan de mantenimiento de equipos críticos ejecutadas en el período } t}{\text{Nº total de actividades programadas en el Plan de Mantenimiento de equipos críticos para el período } t} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Plan anual de mantenimiento preventivo 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: ≥95 %; 2027: ≥95 %; 2028: ≥95 %
Fuente de Datos	SIGFE, planificación de mantenimiento, registros de ejecución
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	CR. Operaciones

Plan de Acción Indicador 1.2

Plan de Acción: Programa institucional de gestión de equipos críticos y mantenimiento preventivo			
1	Mantener y actualizar semestralmente el inventario y clasificación de equipos críticos, considerando su impacto en la seguridad del paciente y la continuidad operacional.		
2	Definir y documentar la frecuencia de mantenciones preventivas y correctivas según recomendaciones del fabricante, historial de fallas y condiciones de uso.		
3	Contar con registros técnicos digitales y actualizados (fichas, órdenes de trabajo, protocolos de mantenimiento) que permitan monitorear el cumplimiento del PMP y los indicadores de desempeño (disponibilidad, tiempo fuera de servicio).		
4	Asegurar la asignación estable de recursos físicos y financieros necesarios para la ejecución del plan de mantenimiento, incorporándolos en la programación presupuestaria anual.		
5	Fortalecer las competencias del personal técnico responsable, mediante capacitación específica en tecnología médica hospitalaria. Responsable: Jefatura CR Operaciones.		
Estrategia:		Eficiencia Operacional	Perspectiva: Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Lograr y mantener un cumplimiento igual o superior a la meta institucional del Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos Críticos, mediante un inventario actualizado semestralmente, registros digitales completos y disponibilidad de recursos técnicos y financieros definidos anualmente.			
Responsable	CR. Operaciones		

Ficha Indicador 1.3

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Variación porcentual de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado.
Objetivo Estratégico Asociado	Lograr que el establecimiento monitoree, analice, evalúe y controle mensualmente su ejecución presupuestaria, y realice sus proyecciones de gasto lo más cercanas a la ejecución real, en virtud de su presupuesto disponible.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{(\text{Monto gasto ejecutado } 21 + 22 \text{ en el año } t - \text{monto gasto estimado } 21 - 22 \text{ en el año } t)}{\text{Monto gasto estimado en el año } t} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentual
Línea Base (2025)	+/-5%
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: +/-5% 2027: +/-5% 2028: +/-5%
Fuente de Datos	SIGFE – Programa financiero con estimación presupuestaria
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Seguimiento	CR Finanzas

Plan de Acción Indicador 1.3

Plan de Acción: Plan de gestión financiera prospectiva del subtítulo 21 y 22			
1	Realizar reunión de programación anual entre CR Finanzas, CR Abastecimiento y unidades clínicas para revisar el Plan Anual de Compras y proyectar el gasto del subtítulo 22, alineado con metas de producción.		
2	Solicitar formalmente al Departamento de Gestión de las Personas la proyección anual del gasto del subtítulo 21, considerando dotación vigente y requerimientos estratégicos.		
3	Implementar un monitoreo mensual del gasto de los subtítulos 21 y 22, comparando ejecución real vs estimaciones y ajustando las proyecciones cuando corresponda.		
4	Solicitar mensualmente, al Departamento de Gestión de las Personas, la revisión de las proyecciones y las modificaciones en caso de corresponder.		
5	Elaborar y remitir mensualmente el Programa Financiero actualizado al Departamento de Gestión de las Personas, Subdirección Administrativa y a Dirección para la toma de decisiones.		
6	Presentar Informe semestral al equipo Directivo.		
Estrategia:		Sustentabilidad Financiera	Perspectiva: Finanzas
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Disponer de un modelo de gestión financiera prospectiva que proyecte y ajuste trimestralmente el gasto de los subtítulos 21 y 22, de manera de mantener la variación entre estimaciones y gasto ejecutado dentro de los rangos definidos por el Servicio de Salud y la Dirección.			
Responsable	CR Finanzas		

5.8.2 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Participación y Satisfacción Usuaría

Objetivo Estratégico 2: Fortalecer una atención centrada en la persona, basada en la humanización del cuidado, el trato digno y la participación activa de los usuarios, garantizando experiencias positivas y corresponsables en el proceso asistencial. El HTC implementará acciones sostenidas de mejora continua en la calidad del servicio clínico y administrativo, la gestión oportuna de reclamos y la formación del personal en trato humanizado, consolidando además espacios de participación comunitaria y consejos consultivos fortalecidos.

Ficha Indicador 2.1

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de estrategias del Plan Anual de Participación Social implementadas conforme a lo programado.
Objetivo Estratégico Asociado	Fortalecer la atención centrada en la persona, promoviendo la participación activa de la comunidad, la humanización del cuidado y el trato digno en el establecimiento de salud.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de estrategias del Plan Anual de Participación Social ejecutadas en el periodo}}{\text{Número total de estrategias programadas en el Plan Anual de Participación Social}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Cantidad de estrategias comprometidas en el Plan Anual de Participación Social
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: 90% 2027: 95% 2028: 100%
Fuente de Datos	Plan Participación social 2025.
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Seguimiento	Unidad de Participación Social

Plan de Acción Indicador 2.1

Plan de Acción: Plan de participación social y humanización con la comunidad			
1	Potenciar a la comunidad y a los usuarios para que influyan activamente en la gestión y calidad de los servicios de entregados en nuestro hospital.		
2	Diseñar un calendario anual de actividades de participación social, el cual pueda ser utilizado en todas instancias de medición EAR-ADP-COMGES.		
3	Fortalecer el trabajo colaborativo con las organizaciones y agrupaciones sociales, promoviendo espacios permanentes de dialogo, participación activa y corresponsabilidad en salud.		
4	Mantener, dentro del Plan de Participación Social, la planificación, desarrollo y coordinación de la instancia de Pre Cuenta Pública Participativa, sistematizando los aportes comunitarios para que constituyan insumos relevantes para la Cuenta Pública institucional.		
Estrategia:		Vinculación Comunitaria	Perspectiva: Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Ejecutar un plan anual de actividades de participación social orientado a fortalecer la relación del establecimiento con las agrupaciones comunitarias, promoviendo la humanización de la atención, el trato digno y la participación activa de la comunidad.			
Responsable	Unidad de Participación Social		

Ficha Indicador 2.2

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de hospitalizados con factores de riesgo psicosocial identificados y abordados.
Objetivo Estratégico Asociado	Reducir estadías prolongadas mediante la identificación y abordaje oportuno de factores psicosociales en pacientes hospitalizados.
Tipo de Indicador	Proceso / Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes hospitalizados con factores psicosociales identificados y con plan de intervención ejecutado}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados con factores psicosociales identificados}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Pacientes derivados por GRD, a partir de semestre 2 de 2026
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: (Semestre 1) Implementación de mecanismo y (Semestre 2) Establecer línea base del hospital. 2027: Resolver al menos la base 2026, más el 10% de los casos identificados 2028: Resolver al menos la base 2026, más el 20% de los casos identificados
Fuente de Datos	GRD, Intranet, SINET SUR, Gestión cama
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Servicio Social Clínico

Plan de Acción Indicador 2.2

Plan de Acción: Programa de gestión de casos sociosanitarios complejos			
1	Implementar un mecanismo formal de identificación precoz de pacientes hospitalizados con factores de riesgo psicosocial, desde el primer ingreso (coordinación con Unidad de Gestión de Camas y equipos clínicos).		
2	Realizar diagnóstico social estructurado (evaluación sociofamiliar, redes de apoyo y score de riesgo social) y registrar la clasificación de riesgo (leve, mediano, alto) en el sistema de información clínica.		
3	Desarrollar e implementar planes de intervención social individualizados, con búsqueda de redes de apoyo/cuidador previo al alta médica, mediación familiar y coordinación con el intersector (APS, municipios, SENAMA, SENADIS, casas de acogida y otros).		
4	Participar activamente en el Comité de Eficiencia Hospitalaria, aportando análisis de casos sociosanitarios y propuestas para evitar estancias prolongadas.		
Estrategia:	Calidad de la Atención	Perspectiva:	Finanzas
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar un programa de gestión de casos sociosanitarios que permita identificar y abordar, en forma protocolizada, al menos el 90% de los pacientes hospitalizados con riesgo psicosocial alto o medio, midiendo su impacto en la reducción de estancias prolongadas.			
Responsable	Unidad Servicio Social Clínico		

Ficha Indicador 2.3

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios conformes con el trato recibido en atención abierta y cerrada.
Objetivo Estratégico Asociado	Mejorar la satisfacción de los usuarios en la dimensión “trato” garantizando una atención humanizada y digna.
Tipo de Indicador	Porcentaje
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de usuarios que califican el trato recibido como conforme}}{\text{Número total de encuestas válidas aplicadas}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	85%
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: 85% 2027: 90% 2028: 95%
Fuente de Datos	Encuestas de satisfacción usuaria validadas para medir la dimensión trato
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad de Participación Social

Plan de Acción Indicador 2.3

Plan de Acción: Plan institucional de trato digno y humanización del cuidado			
1	Difundir y actualizar el protocolo institucional de trato al usuario, incorporando estándares mínimos (saludo, identificación, información clara, cierre de la atención) y asegurando su conocimiento por todo el personal.		
2	Identificar anualmente las unidades con mejor evaluación de trato y satisfacción usuaria para reconocer formalmente a sus funcionarios, a través de notas de mérito y otros mecanismos de incentivo no monetario.		
3	Implementar una campaña permanente de sensibilización interna mediante mensajes, frases motivacionales y material gráfico sobre buen trato y enfoque centrado en la persona.		
4	Aplicar encuestas periódicas de satisfacción usuaria y trato, analizar los resultados por servicio y desarrollar planes de mejora específicos donde existan brechas, con seguimiento semestral.		
Estrategia:	Calidad de la Atención	Perspectiva:	Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Incrementar el porcentaje de usuarios conformes con el trato recibido en atención abierta y cerrada, mediante la aplicación sistemática de encuestas y la ejecución anual de planes de mejora por servicio, logrando una tendencia sostenida al alza respecto de la línea base.			
Responsable	Unidad de Participación Social		

5.8.3 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gestión de Personas (Aprendizaje y Desarrollo)

Objetivo Estratégico 3: Fortalecer una cultura organizacional basada en el bienestar, el liderazgo y el aprendizaje continuo, asegurando una dotación suficiente, calificada y comprometida que permita brindar una atención traumatológica de excelencia, innovadora y humanizada. Para ello, el HTC desarrollará e implementará políticas integrales de gestión del talento humano, orientadas a reducir la brecha de recursos humanos, incrementar la participación del personal en programas de formación continua, y alcanzar niveles sostenidos de satisfacción laboral, promoviendo el autocuidado, la equidad interna y el desarrollo profesional como pilares de la sostenibilidad institucional.

Ficha Indicador 3.1

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.
Objetivo Estratégico Asociado	Disminuir el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa de forma progresiva y sostenible desde una mirada biopsicosocial, que favorezca la disminución del ausentismo laboral en la red asistencial.
Tipo de Indicador	Índice
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de días de LMC en el periodo } t}{\text{Dotación efectiva periodo } t}$
Unidad de Medida	Días índice de ausentismo
Línea Base (2025)	Índice de ausentismo 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	Disminuir 5 días a (T-1) 2026: Reducir 4 o más días respecto de la línea base 2027: Reducir 3 o más días respecto de la línea base 2028: Reducir 2 o más días respecto de la línea base
Fuente de Datos	Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Departamento Calidad de Vida Laboral

Plan de Acción Indicador 3.1

Plan de Acción: Plan de gestión del ausentismo laboral por licencias médicas curativas			
1	Aplicar un sistema de monitoreo mensual del ausentismo por licencias médicas curativas.		
2	Realizar acompañamiento a funcionarios con licencia médica curativa prolongada.		
3	Desarrollar acciones preventivas con enfoque biopsicosocial (programas de salud mental, ergonomía, pausas activas, acompañamiento en casos de patologías crónicas) en coordinación con el Departamento de Calidad de Vida Laboral y la mutualidad.		
4	Ejecución de protocolos de reintegro laboral y seguimiento de casos de ausentismo prolongado.		
5	Seguimiento y aplicación del Plan anual del comité de ausentismo laboral.		
Estrategia:		Sustentabilidad Financiera	Perspectiva: Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Reducir progresivamente el índice de ausentismo laboral por licencias médicas curativas, mediante un sistema de monitoreo mensual y la implementación de intervenciones preventivas y de reintegro laboral.			
Responsable	Departamento Calidad de Vida Laboral		

Ficha Indicador 3.2

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Plan de perfeccionamiento y formación continua para personal del HTC.
Objetivo Estratégico Asociado	Fortalecer el desarrollo organizacional mediante la formación continua y la actualización de competencias del personal. Funcionarios Ley 18.834 y 19.664 con perfeccionamiento y formación continua en temas de interés de acuerdo a programa de formal de formación.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de actividades ejecutadas del plan de formación continua}}{\text{Número total de actividades programadas en el plan anual de formación}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Dotación programada año 2026 (Funcionarios Ley 18.834 y 19.664 con perfeccionamiento y formación continua en temas de interés de acuerdo a programa de formal de formación).
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: Elaboración del plan de perfeccionamiento y formación continua 2027: Ejecución de al menos el 50% de las actividades 2028: Ejecución de al menos el 70% de las actividades
Fuente de Datos	SIRH, Resoluciones, Decretos, Certificados
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Departamento Desarrollo Organizacional

Plan de Acción Indicador 3.2

Plan de Acción: Plan de perfeccionamiento y formación continua para el personal del HTC de gestión del ausentismo laboral por licencias médicas curativas			
1	Realizar un diagnóstico anual de brechas de competencias clínicas, administrativas y de gestión en las distintas unidades del hospital, alineado a los objetivos estratégicos.		
2	Reuniones con jefes de equipos y unidades para socializar metodología de programación, medición y evaluación del plan formativo.		
3	Diseñar el Plan Anual de Formación que incluya cursos, talleres y pasantías internas/externas priorizadas según impacto en seguridad del paciente, continuidad del cuidado, uso de TIC y autogestión.		
4	Revisión y VB de equipo directivo al plan de formación.		
5	Implementación y ejecución del Plan formativo.		
6	Evaluar el impacto de las actividades de formación en el desempeño y en los indicadores estratégicos, incorporando la participación en el plan de formación en las evaluaciones de desempeño.		
Estrategia:	Eficiencia Operacional	Perspectiva:	Aprendizaje y Desarrollo
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Contar con un Plan Anual de Formación y Desarrollo que cubra al menos al 30% del personal en competencias prioritarias (seguridad del paciente, gestión clínica, TIC, liderazgo), evaluando anualmente su impacto en los indicadores estratégicos asociados.			
Responsable	Departamento Desarrollo Organizacional		

Ficha Indicador 3.3

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de actividades realizadas del Plan de Calidad de Vida Laboral
Objetivo Estratégico Asociado	Fortalecer el bienestar y clima organizacional mediante la implementación del plan de calidad de vida laboral.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de actividades realizadas del plan de calidad de vida laboral en el año } t}{N^{\circ} \text{ total de actividades planificadas para el año } t \text{ del plan de calidad de vida laboral}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje de actividades realizadas
Línea Base (2025)	2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026 $\geq$ 80% 2027 $\geq$ 80% 2028 $\geq$ 80%
Fuente de Datos	Plan aprobado por resolución Lista de asistencia y registro fotográfico
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Departamento Calidad de Vida Laboral

Plan de Acción Indicador 3.3

Plan de Acción: Plan de Calidad de Vida Laboral y Bienestar			
1	Establecer estrategias preventivas y reactivas a través de planes y programas que promuevan un clima laboral saludable y favorezcan la conciliación familiar.		
2	Diseñar y ejecutar un programa de actividades de calidad de vida con enfoque biopsicosocial (promoción de salud, pausas saludables, apoyo psicosocial, actividades recreativas, institucionales y de reconocimiento).		
3	Fomentar y promover a través de diversas actividades una cultura organizacional libre de violencia.		
4	Monitorear la participación y evaluar la relación de las intervenciones con indicadores de ausentismo, rotación y satisfacción laboral, ajustando el programa según resultados.		
Estrategia:		Eficiencia Operacional	Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Diseñar e implementar un Programa de Calidad de Vida Laboral con cartera anual de actividades y evaluación de participación, logrando ejecutar al menos el 80% de las actividades planificadas y mostrando mejora en los indicadores de bienestar y clima.			
Responsable		Departamento Calidad de Vida Laboral	

5.8.4 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gestión Clínica y Calidad Asistencial (Gestión de Asistencia en RED)

Objetivo Estratégico 4: Consolidar un modelo de atención clínica integral, segura y humanizada, basado en la estandarización de procesos, la integración clínico-administrativa y la gestión del riesgo asistencial, que garantice la calidad, continuidad y trazabilidad del cuidado en todas las etapas del proceso traumatológico. Con este objetivo, el HTC implementará sistemas digitales interoperables, fortalecerá la adherencia a protocolos y buenas prácticas orientadas al bienestar físico, emocional y social de pacientes, familias y funcionarios.

Ficha Indicador 4.1

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Elaborar protocolo de continuidad del cuidado del paciente HTC, para garantizar la atención integral posterior al alta hospitalaria en el nivel de Atención Primaria en Salud (APS).
Objetivo Estratégico Asociado	Consolidar un modelo de continuidad del cuidado que asegure la atención integral, oportuna y humanizada en todas las etapas del proceso traumatológico, mejorando la calidad y la seguridad de los pacientes.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de actividades ejecutadas según plan de trabajo de continuidad del cuidado}}{\text{Nº total de actividades planificadas en el plan de trabajo del modelo de continuidad del cuidado}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	0% (Inicio de la implementación)
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: Conformación del equipo multidisciplinario y formalización mediante resolución respectiva, elaborar plan de trabajo y carta Gantt y creación del protocolo. 2027: Ejecutar el modelo y medición del indicador con un cumplimiento del 50% 2028: Cumplimiento del indicador en un 70%
Fuente de Datos	Resoluciones, actas de reuniones, protocolos, informes de medición de indicadores.
Periodicidad de Medición	Semestral.
Responsable de Seguimiento	Subdirección de Gestión del Cuidado / Subdirección Médica.

Plan de Acción Indicador 4.1

Plan de Acción: Plan de implementación del modelo de continuidad del cuidado traumatológico			
1	Conformar un equipo de trabajo interdisciplinario entre Subdirección de Gestión del Cuidado, Subdirección Médica, Jefatura de Departamento de GE Atención abierta y cerrada, jefatura de CR Atención cerrada, jefaturas de hospitalizados, trabajadora social.		
2	Establecer reuniones de coordinación con el equipo de APS con el cual se trabajará en la implementación del modelo de manera semestral, a fin de definir los criterios de derivación, flujos y seguimiento respectivo de los pacientes.		
3	Elaborar protocolo de Continuidad del cuidado hacia la APS, con su respectiva difusión.		
4	Implementar y ejecutar las actividades establecidas en protocolo de continuidad del cuidado.		
5	Realizar medición de indicador, que permita evaluar el cumplimiento de derivación de pacientes hacia la APS para continuidad del cuidado.		
Estrategia:		Eficiencia operacional	Perspectiva: Usuarios
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Diseñar, pilotear e implementar, un modelo institucional de continuidad del cuidado traumatológico APS-HTC, formalizado por protocolo y con indicadores de proceso y resultado medidos trimestralmente en las trayectorias clínicas priorizadas.			
Responsable		Subdirección de Gestión del Cuidado / Subdirección Médica.	

Ficha Indicador 4.2

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de no presentación en atención (NSP) ambulatoria
Objetivo Estratégico Asociado	Reducir las inasistencias de pacientes y garantizar la continuidad del cuidado en atención ambulatoria.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de usuarios que no se presentan a consulta médica de especialidad en el período t.}}{\text{Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción en período t.}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje
Línea Base (2025)	Valor 2025 (12%)
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: 10%; 2027: 8%; 2028: 6%
Fuente de Datos	REM
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Seguimiento	CR Atención Abierta / Unidad Admisión

Plan de Acción Indicador 4.2

Plan de Acción: Programa de reducción de inasistencia a consulta médica de especialidad en CR Atención Abierta.			
1	Sistema de confirmación de cita oportuna con los pacientes (llamadas, mensajería u otros medios), verificando cumplimiento de condiciones clínicas y reagendando anticipadamente si corresponde.		
2	Agendamiento consensuado de consulta nueva de especialidad de la lista de espera.		
3	Realizar informe mensual de indicadores que incluya NSP y evaluar causales del paciente para presentar plan de mejora.		
4	Realizar campaña de difusión relacionadas con la importancia de la asistencia a la consulta médica del usuario, informando listas de espera y gastos asociados.		
Estrategia:	Eficiencia Operacional	Perspectiva:	Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Reducir el porcentaje de inasistencia en atención ambulatoria mediante la optimización de la confirmación de cita activa de pacientes y la gestión logística, logrando una tendencia descendente anual validada en los informes de CR Atención Abierta.			
Responsable	CR Atención Abierta / Unidad Admisión		

Ficha Indicador 4.3

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de egresos con estancias prolongadas (outliers superiores).
Objetivo Estratégico Asociado	Reducir las estancias hospitalarias excesivas para aumentar la eficiencia operativa y la calidad de la atención.
Tipo de Indicador	Proceso/Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de egresos con estancias prolongadas}}{\text{Número total de egresos hospitalarios}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Valor acumulado de estancias outliers en 2025.
Meta 2026 / 2027 / 2028	Porcentaje menor o igual al 5%.
Fuente de Datos	GRD
Periodicidad de Medición	Medición Mensual, reporte semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Eficiencia Hospitalaria

Plan de Acción Indicador 4.3

Plan de Acción: Programa de gestión de estancias hospitalarias y fluidez de camas	
1	Visitas clínicas del Comité de Eficiencia Hospitalaria a los servicios de hospitalizados, focalizando en pacientes con estancias prolongadas y en aquellos cercanos al límite de días esperados, con enfoque preventivo.
2	Realizar reuniones periódicas entre el Comité de Eficiencia y los jefes de equipo, presentando indicadores GRD y acordando estrategias para mejorar la oportunidad de altas.
3	Analizar de manera específica los casos de pacientes con infecciones intrahospitalarias o complicaciones relevantes, incluyendo al equipo tratante, medicina interna, infectología y PROA, para definir acciones que eviten prolongaciones innecesarias.
4	Implementar planes de acción por servicio para reducir estancias fuera de rango, con metas, responsables y seguimiento trimestral.
Estrategia:	Eficiencia Operacional Perspectiva: Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio	
Disminuir el porcentaje de egresos con estancias prolongadas hospitalarias, mediante la gestión sistemática de camas, el trabajo del Comité de Eficiencia Hospitalaria y la implementación de planes de acción por servicio, con seguimiento trimestral de resultados.	
Responsable	Unidad Eficiencia Hospitalaria.

Ficha Indicador 4.4

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Resolución casos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, con antigüedad sobre el percentil 75.
Objetivo Estratégico Asociado	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de casos resueltos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre}}{\text{Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre}}$
Unidad de Medida	Porcentaje de variación (%)
Línea Base (2025)	25% sobre el P75%
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026 $\geq$ 60% 2027 $\geq$ 70% 2028 $\geq$ 80%
Fuente de Datos	DEIS / SIGTE
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Gestión de Lista de Espera / Departamento Gestión de la Demanda

Plan de Acción Indicador 4.4

Plan de Acción: Plan de resolución de lista de espera quirúrgica con énfasis en casos antiguos			
1	Revisar y depurar la base de datos de lista de espera, identificando los casos con mayor antigüedad (sobre el percentil 75)		
2	Elaborar un plan especial de resolución que incluya calendario dedicando bloques de pabellón exclusivos para casos antiguos y, cuando sea posible, jornadas extraordinarias u operativos quirúrgicos.		
3	Actualizar la información clínica de los pacientes antiguos (evaluación vigente, exámenes, interconsultas) y asegurar que las condiciones para la cirugía estén completas antes de la programación definitiva		
4	Mejorar la coordinación logística y administrativa, asegurando insumos, camas y equipamiento necesarios, y reduciendo al mínimo las suspensiones por causas evitables		
5	Monitorear semanalmente el número de casos antiguos resueltos y ajustar la estrategia según avances y obstáculos.		
6	Mantener comunicación clara y periódica con los pacientes en lista de espera, informando plazos estimados, requisitos y cambios en su programación		
Estrategia:		Calidad de la Atención	Perspectiva: Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Aumentar anualmente la resolución de casos de lista de espera quirúrgica con antigüedad sobre el percentil 75, mediante un plan especial de pabellones y jornadas extraordinarias, de manera de reducir de forma sostenida el stock de casos antiguos al cierre de 2028.			
Responsable	Unidad Gestión de Lista de Espera / Departamento Gestión de la Demanda		

Ficha Indicador 4.5

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
Objetivo Estratégico Asociado	Minimizar la suspensión de cirugías mayores electivas a través de una gestión eficiente de la programación de tabla quirúrgica y medidas preventivas específicas para la optimización de procesos logísticos y administrativos.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de cirugías mayores electivas suspendidas en un periodo}}{\text{Nº total de cirugías mayores electivas programadas en el mismo periodo}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje
Línea Base (2025)	6,7%
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: ≤6,7 %; 2027: ≤6,6 %; 2028: ≤6,5 %
Fuente de Datos	REM – DEIS
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad de Pabellón

Plan de Acción Indicador 4.5

Plan de Acción: Plan de reducción de suspensiones quirúrgicas en cirugías mayores electivas			
1	Realizar un análisis diagnóstico anual de las causas principales de suspensión quirúrgica, identificando las tres primeras causales y su peso relativo.		
2	Asegurar la participación mensual de los equipos médicos y de enfermería en la reunión de análisis de tabla quirúrgica, para revisar suspensiones y definir medidas de prevención.		
3	Reestructurar las reuniones con la empresa adjudicada de esterilización, incorporando análisis técnico de incidentes y exigencia de planes de mejora verificables.		
4	Incorporar en la confirmación telefónica prequirúrgica un checklist estandarizado de indicaciones (ayuno, medicamentos, exámenes, acompañante, etc.) y registrar su cumplimiento.		
5	Establecer metas anuales de reducción de suspensiones por tipo de causa, con seguimiento mensual		
Estrategia:	Calidad de la Atención	Perspectiva:	Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Reducir la tasa de suspensiones quirúrgicas en cirugías mayores electivas, mediante análisis sistemático de causas, trabajo conjunto con la empresa de esterilización y refuerzo del proceso prequirúrgico.			
Responsable	Unidad de Pabellón		

Ficha Indicador 4.6

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Cumplimiento de actualización de protocolos relacionados con el proceso de acreditación.
Objetivo Estratégico Asociado	Consolidar un modelo de atención clínica integral, segura y humanizada a través de la estandarización y actualización de protocolos basados en la evidencia y las normativas vigentes.
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula de Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ de protocolos relacionados a proceso de acreditación actualizados que vencen en el período (x) en HTC}}{N^{\circ} \text{ de protocolos relacionados a proceso de acreditación que vencen en el período (x) en HTC}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Porcentaje de protocolos actualizados al inicio del plan (se levantará en 2025)
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: $\geq 60\%$; 2027: $\geq 85\%$; 2028: 100%
Fuente de Datos	Base de protocolos institucional, resoluciones de aprobación, listas de difusión
Periodicidad de Medición	Trimestral (control de avance) y anual (evaluación global)
Responsable de Seguimiento	Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

Plan de Acción Indicador 4.6

Plan de Acción: Sistema de gestión y actualización de protocolos relacionado proceso acreditación			
1	Mantener en intranet la base de datos de datos actualizados de protocolos de acreditación, que incluya fecha y vencimiento.		
2	Mantener un sistema de alertas automáticas a jefaturas y referentes cuando un protocolo se encuentre a seis meses de su vencimiento, para asegurar su actualización oportuna.		
3	Mantener un repositorio actualizado de pautas de supervisión y listas de verificación asociadas a los protocolos, disponible para las distintas unidades.		
Estrategia:	Calidad de Atención	Perspectiva:	Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Lograr que al menos el 100% de los protocolos clínicos críticos se encuentren vigentes y actualizados a diciembre de 2028, mediante una matriz institucional de seguimiento, alertas anticipadas y supervisión del cumplimiento en las unidades clínicas.			
Responsable	Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente		

Ficha Indicador 4.7

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Tasa de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
Objetivo Estratégico Asociado	Garantizar la calidad, continuidad y trazabilidad del cuidado traumatológico mediante la prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de infecciones asociadas a la atención sobre el indicador definido en el periodo } t}{\text{Número de infecciones asociadas a la atención bajo el indicador en el periodo } t} \times 1.000$
Unidad de Medida	Tasa por 100
Línea Base (2025)	Se calculará con los datos de IAAS del año 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	Mantener las Tasas anuales localmente por debajo de las tasas del MINSAL y los definidos en HTC 2028.
Fuente de Datos	Sistema de vigilancia IAAS, registros de infecciones hospitalarias, GRD
Periodicidad de Medición	Mensual con reporte trimestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Prevención y Control de Infecciones / Subdirección Médica

Plan de Acción Indicador 4.7

Plan de Acción: Plan integral de prevención y control de IAAS			
1	Realizar supervisiones periódicas por parte del equipo de PCI en pabellones y servicios de hospitalización, verificando cumplimiento de medidas de prevención (lavado de manos, preparación de piel, antibiopprofilaxis, etc.)		
2	Analizar de forma sistemática los casos de infecciones asociadas a la atención, junto con los equipos clínicos, para determinar causas y definir planes de mejora específicos.		
3	Definir y monitorear tasas de infecciones locales relevantes para el HTC (p. ej., infección de prótesis de rodilla), complementarias a la vigilancia epidemiológica MINSAL, difundiendo resultados a los equipos y a la dirección.		
4	Establecer metas de reducción de IAAS y vincular el desempeño a la evaluación de jefaturas clínicas y a los programas de formación continua.		
5	Contar con recursos humanos pertinentes; como lo exige norma 225 PCI, Microbiólogo y otra Enfermera IAAS, además de personal estadístico.		
Estrategia:		Calidad de Atención	Perspectiva: Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Reducir progresivamente las tasas de infecciones asociadas a la atención de salud en los servicios priorizados, mediante supervisión PCI, análisis de casos y planes de mejora, alcanzando o llegar bajo el indicador definidos por el MINSAL y la meta institucional.			
Responsable	Unidad Prevención y Control de Infecciones / Subdirección Médica		

5.8.5 DIMENSIÓN ESTRATÉGICA: Gobernanza, Autogestión y Proyectos Estratégicos (Proceso Internos/Financiero)

Objetivo Estratégico 5: Consolidar un modelo de gobernanza hospitalaria transparente, articulado en red y orientado a la excelencia institucional, fortaleciendo la capacidad de autogestión, la coordinación efectiva de los equipos y la vinculación con la comunidad y los distintos niveles de atención (Primaria y Secundaria) para asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Asimismo, impulsar la generación de proyectos colaborativos en docencia e investigación aplicada, promoviendo una gestión basada en evidencia, innovación y mejora continua de la gestión hospitalaria.

Ficha Indicador 5.1

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Cumplimiento de los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005 e indicadores del Balanced Scorecard (BSC)
Objetivo Estratégico Asociado	Consolidar un modelo de gobernanza hospitalaria transparente y orientado a la excelencia mediante el cumplimiento de los indicadores establecidos en el instrumento de la autogestión.
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula de Cálculo (Trazadora 1)	<i>Cumple = 100%</i> <i>No cumple = 0%</i>
Fórmula de Cálculo (Trazadora 2)	$\frac{N^{\circ} \text{ indicadores BSC logrados en el periodo}}{\text{Total Indicadores BSC en el periodo}} \times 100$
Unidad de Medida	Dicotómico / Porcentaje
Línea Base (2025)	LB 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	T1 2026: 100% T2 2026: $x \geq 75\%$ 2027: 100% 2027: $x \geq 85\%$ 2028: 100% 2028: $x \geq 90\%$
Fuente de Datos	SIS-Q – OO.TT
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Control de Gestión

Plan de Acción Indicador 5.1

Plan de Acción: Programa de autogestión y cumplimiento del DS N°38 (artículos 16 y 18)			
1	Conformación del Equipo Multidisciplinario de Autogestión por Resolución: Elaborar y tramitar la resolución que formalice el equipo de autogestión, integrado por responsables de los indicadores.		
2	Reuniones de coordinación y seguimiento: Realizar reuniones trimestrales del equipo para revisar avances, brechas y acuerdos de mejora.		
3	Elaboración del Plan de Trabajo de Autogestión por resolución: Diseñar un plan de actividades, responsables, plazos y metas. Responsable: Equipo de la Autogestión, Plazo: Anual. Producto esperado: Plan y presentación al equipo directivo.		
4	Presentación a los equipos: Socializar el programa a los equipos clínicos y administrativos para fomentar el compromiso y alineamiento. Presentación al equipo directivo, técnico y ampliado.		
5	Elaboración de informes de avance: Consolidar información de resultados y avances para el equipo directivo. Informes semestrales.		
Estrategia:	Eficiencia Operacional	Perspectiva:	Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar y consolidar un programa formal de autogestión, mediante la conformación del equipo por resolución, la ejecución de un plan de trabajo, reuniones, seguimiento e informes que permitan al hospital alcanzar el cumplimiento de indicadores para alcanzar su condición de Establecimiento Autogestionado en Red.			
Responsable	Unidad Control de Gestión.		

Ficha Indicador 5.2

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de propuestas de prestaciones con incorporación de ajuste de tecnología presentadas a FONASA que resultan aprobadas.
Objetivo Estratégico Asociado	Evaluar la efectividad del hospital en la identificación, formulación y gestión de propuestas de procedimientos de alto costo, orientadas a su incorporación mediante ajuste de tecnología, ante Fonasa.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de propuestas con respuestas favorables de FONASA}}{\text{Número total de propuestas presentadas a Fonasa}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	No disponible; establecer con datos 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: ≥35 %; 2027: ≥65 %; 2028: ≥90 %
Fuente de Datos	Oficios de presentación y respuestas formales emitidas por Fonasa. Registro Interno de Propuestas de ajuste de tecnología elaboradas y enviadas. Informes de la Unidad Gestión de Control de Gestión y GRD.
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Seguimiento	Unidad Control de Gestión

Plan de Acción Indicador 5.2

Plan de Acción: Plan de gestión estratégica del ajuste por tecnología FONASA			
1	Revisar anualmente el listado vigente de prestaciones con ajuste por tecnología definido por FONASA, identificando brechas en relación con la cartera de servicios de alta complejidad del HTC.		
2	Desarrollar estudios de casos representativos de procedimientos de alto costo no incorporados al ajuste por tecnología, incorporando análisis clínico, sociodemográfico y de costos que sustenten técnicamente las propuestas.		
3	Elaborar y presentar a FONASA, en manera formal y documentada, solicitudes de incorporación de procedimientos al ajuste por tecnología, priorizando aquellos de mayor impacto clínico, financiero y poblacional para la institución.		
4	Realizar seguimiento sistemático a las respuestas emitidas por FONASA, incorporando los resultados a la planificación financiera del hospital y ajustando la priorización de futuras propuestas según los aprendizajes obtenidos.		
5	Presentar trimestralmente al equipo Directivo del hospital, los avances del proceso de identificación, formulación, presentación y seguimiento de propuestas de ajustes de tecnología ante FONASA, incluyendo estado de las solicitudes, resultados obtenidos y brechas identificadas.		
Estrategia:		Sustentabilidad Financiera	Perspectiva: Finanzas
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar un proceso anual sistemático y documentado de análisis, priorización y formulación de propuesta de procedimientos de alto costo para su incorporación al ajuste por tecnología FONASA, asegurando que el HTC presente al menos una propuesta técnicamente fundamentada por año y optimice los ingresos institucionales asociados a esta modalidad de financiamiento.			
Responsable		Unidad Control de Gestión	

Ficha Indicador 5.3

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Plan de desarrollo del departamento docente, investigación e innovación (DDII)
Objetivo Estratégico Asociado	Impulsar el desarrollo docente, de investigación e innovación para consolidar al HTC como referente académico y asistencial, consolidando al hospital como referente académico y asistencial.
Tipo de Indicador	Dicotómico
Fórmula de Cálculo	Cumple / No Cumple
Unidad de Medida	Hitos Cumplidos
Línea Base (2025)	Aprobación del plan y registro de hitos en marzo de 2026
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: Formalización: Que incluya, la justificación técnica, plan de trabajo elaborado y validado por la dirección, Creación formal en el organigrama institucional, convenios asistencial docentes actualizados con universidades/centros formadores, conformación del comité de docencia e investigación (por resolución). Producto esperado: Plan aprobado, resolución y convenios actualizados. 2027: Desarrollo e implementación: que incluya: Diagnostico y brechas en docencia, investigación e innovación; Definición áreas de desarrollo (Asistencial, docencia y formación, investigación, innovación, gestión clínica y/o financiera: Plan anual de docencia; dos proyectos o iniciativas priorizadas en ejecución. Producto esperado: Informe diagnóstico, plan áreas estratégicas, registro de actividades y proyectos de investigación. 2028: Consolidación y Proyección: Presentaciones académicas realizadas (jornadas, congresos, seminarios); Proyectos de investigación y/o innovaciones ejecutadas; Producción académica: Informes, pósteres, artículos, evaluación del plan de investigación y propuesta de continuidad; vinculación con la red asistencial y academia en proyectos colaborativos. Productos esperados: Registro de presentaciones, y reporte de evaluación.

Fuente de Datos		Registros del plan DDII, actas de reuniones, resoluciones y reportes de investigación
Periodicidad de Medición	de	Semestral
Responsable de Seguimiento	de	Dirección Hospital / Unidad Asistencial Docente

Plan de Acción Indicador 5.3

Plan de Acción: Plan de desarrollo docente, investigación e innovación (DDII)			
1	Formalizar el DDII: Elaborar justificación técnica, diseñar el Plan DDII y tramitar resolución que lo apruebe, incorporándolo al organigrama institucional.		
2	Actualizar convenios docentes: Revisar, actualizar y formalizar convenios con universidades y centros formadores, alineados a necesidades del hospital y estándares de calidad.		
3	Definir y ejecutar Plan Anual de Docencia: Establecer anualmente campos clínicos, carreras, cupos y objetivos formativos, en coherencia con la capacidad de los servicios.		
4	Diagnóstico de capacidades y brechas: Levantar información sobre capacidades, intereses y brechas en docencia, investigación e innovación para priorizar áreas estratégicas.		
5	Constituir Comité de Docencia, Investigación e Innovación: Conformar y formalizar comité por resolución, con funciones de evaluación, priorización de proyectos y resguardo ético-regulatorio.		
6	Definir áreas estratégicas y cartera de proyectos: Establecer áreas de desarrollo (asistencial, docencia, investigación, innovación, gestión clínica) y priorizar proyectos DDII.		
7	Programa de capacitación en investigación y proyectos: Diseñar e implementar capacitación para funcionarios clínicos y administrativos interesados en investigación e innovación.		
8	Impulsar resultados académicos: Promover presentaciones, jornadas, proyectos y producción académica asociada al DDII.		
9	Seguimiento y evaluación del DDII: Realizar seguimiento semestral del avance del plan y evaluación anual para ajustes y proyección.		
Estrategia:		Gestión Asistencial en Red	Perspectiva: Aprendizaje y Desarrollo
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar y consolidar el plan de desarrollo docente, investigación e innovación del hospital, asegurando puesta en marcha, desarrollo de áreas estratégicas y obtención de resultados académicos que permitan cumplir cada uno de los hitos.			
Responsable		Dirección Hospital / Unidad Asistencial Docente	

Ficha Indicador 5.4

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de avance en la creación e implementación del servicio de urgencia del HTC.
Objetivo Estratégico Asociado	Desarrollar un servicio de urgencia traumatológica propio para atender de forma oportuna y eficiente las urgencias traumatológicas de la red asistencial.
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de hitos cumplidos del plan de creación del servicio de urgencia}}{\text{Total de hitos planificados}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	0
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026 Hito 1: Propuesta de Programa del Servicio de Urgencia del HTC. Resultado esperado: Definición técnica inicial del servicio. • Propuesta de programa del Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC. • Definición de cartera de prestaciones y perfil de atención. • Estimación de demanda y brechas en la red. • Modelo de atención y articulación en red. • Validación por equipo directivo y presentación al Servicio de Salud. Producto: Propuesta aprobada. 2027 Hito 2: Proyecto de Planificación y Preinversión Resultado esperado: Proyecto estructurado para avanzar a inversión. • Proyecto de planificación del servicio. • Definición de RRHH requeridos. • Diseño preliminar de infraestructura y equipamiento. • Articulación con la red de urgencia traumatológica adultos. • Estudio de preinversión y estimación de costos. • Aprobación técnica por instancias correspondientes.

	Producto: Proyecto de planificación y preinversión aprobado. 2028 Hito 3: Proyecto Final y Preparación para Implementación Resultado esperado: Servicio listo para iniciar fase de implementación. • Proyecto final del Servicio de Urgencia aprobado. • Cartera definitiva de servicios y flujos de procesos. • Plan de implementación por etapas. • Plan de RRHH (contratación/capacitación). • Programación de inversión y cronograma de ejecución. • Presentación del proyecto a cartera de inversión institucional/sectorial. Producto: Proyecto final aprobado y plan de implementación.
Fuente de Datos	Plan Maestro de Infraestructura, informes de avance de proyectos y actas de los comités
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Equipo Directivo / Unidad Proyectos

Plan de Acción Indicador 5.4

Plan de Acción: Proyecto de implementación del Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC			
1	Diagnóstico de necesidad y demanda del Servicio de Urgencia Realizar un diagnóstico de brechas, demanda proyectada e impacto en la red de urgencias, en coordinación con el Servicio de Salud y actores de la red. Producto: Informe de diagnóstico validado.		
2	Elaboración de la propuesta de programa del servicio Definir cartera de prestaciones, perfil de atención, modelo de funcionamiento y articulación en red. Producto: Propuesta de programa del Servicio de Urgencia Traumatológica.		
3	Planificación del proyecto y cronograma de implementación Diseñar la línea de tiempo del proyecto con fases de diseño funcional, obtención de recursos, adecuación de infraestructura, dotación de RRHH y puesta en marcha. Producto: Cronograma y plan de proyecto aprobados.		
4	Definición de RRHH requeridos Estimar dotación, perfiles, turnos y brechas de personal necesarias para el funcionamiento del servicio. Producto: Plan de RRHH del Servicio de Urgencia.		
5	Diseño preliminar de infraestructura y flujos Definir requerimientos de espacios, layout funcional y flujos de pacientes, integrándolo al Plan Maestro de Infraestructura. Producto: Diseño funcional preliminar aprobado.		
6	Inventario y especificaciones de equipamiento Identificar equipamiento esencial, definir especificaciones técnicas y costos, integrándolo al plan de inversiones. Producto: Inventario y presupuesto de equipamiento.		
7	Estudio de preinversión y estimación de costos Elaborar el estudio de preinversión con análisis técnico, sanitario y financiero. Producto: Estudio de preinversión del proyecto.		
8	Preparación del proyecto final Consolidar cartera de servicios, flujos de procesos, infraestructura, RRHH y equipamiento en un proyecto final. Producto: Proyecto final del Servicio de Urgencia.		
9	Presentación y gestión ante autoridades Presentar el proyecto al SSC/MINSAL para su validación e incorporación a cartera de inversión. Producto: Proyecto presentado y actas de aprobación/observaciones.		
10	Seguimiento del avance del proyecto Monitorear semestralmente el cumplimiento de hitos y avances del plan. Producto: Informes semestrales de avance.		
Estrategia:		Eficiencia Operacional	Perspectiva: Procesos Internos

Objetivo Específico del Plan de Cambio

Desarrollar el proyecto de Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC, cumpliendo progresivamente los hitos de diagnóstico, diseño funcional, definición de equipamiento y presentación de la propuesta a la autoridad sanitaria dentro de los plazos del plan propuestos. Considerar que actualmente el HTC no cuenta con el servicio de urgencia y que cerca del 70% de su actividad quirúrgica corresponde a una urgencia traumatológica, esto con el propósito de dar una respuesta integral, oportuna y resolutive a nuestros pacientes.

Responsable	Equipo Directivo / Unidad Proyectos
--------------------	-------------------------------------

Ficha Indicador 5.5

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Cumplimiento de hitos del proyecto de normalización del HTC
Objetivo Estratégico Asociado	Ejecución de las acciones que permitan la Normalización para el Hospital Traumatólogo de Concepción.
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula de Cálculo	$P. Norm. = \left[\frac{\text{Grado de avance del Proceso de Normalización}}{\text{Proceso de Normalización MIDESOF}} \right]_t \times 100$ t: Período de Evaluación (Semestre).
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	N/A
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: $Indicador_t \geq 35\%$ • Establecer el perfil para el Proyecto de Normalización. • Establecer un Plan de Normalización considerando la Metodología General para la Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF). • Levantamiento de información (Estudio de Red) para un Diagnóstico y Análisis/Proyección del Estudio de Preinversión en la Formulación del Proyecto. • Identificar los Elementos Generales a Considerar en la Planificación de un Estudio de Preinversión. 2027: $Indicador_t \geq 60\%$ • Formulación del Proyecto: Identificación y caracterización de las alternativas de solución en el marco de la construcción del perfil y prefactibilidad. • Evaluación Social del Proyecto mediante un análisis Costo-Beneficio, Costo-Eficiencia, Casos Especiales. • Determinación de Beneficios y Costos.

		- Presentación Equipo Directivo HTC del Proyecto de Plan de Normalización. 2028: $Indicador_t \geq 90\%$ - Factibilidad: Modelo de Gestión y Financiera. - Configuración de los Flujos de Caja. - Cálculo de los indicadores económicos y criterios de decisión. - Presentación al Servicio de Salud Concepción del Proyecto Plan de Normalización Hospital Traumatológico Concepción
Fuente de Datos		Banco Integrado Proyecto (BIP) – SINETSUR Oficio MINSAL (pertinencia técnica)
Periodicidad de Medición	de	Semestral
Responsable Seguimiento	de	Equipo Directivo / Equipo de Normalización / Unidad Proyectos

Plan de Acción Indicador 5.5

Plan de Acción: Plan de desarrollo del proyecto de normalización del HTC			
1	Desarrollar Plan de Normalización para el HTC mediante la guía técnica MIDESOF: El Plan deberá contemplar Definición y Criterios, Identificación y Caracterización del Problema, Diagnostico de la situación actual y proyectada, e Identificación y caracterización de las alternativas de solución.		
2	Desarrollar y remitir el Estudio de Pre Inversión Hospitalaria (EPH) para un Modelo de Gestión en aspectos de Servicio de Salud; Caracterización de la Población; Infraestructura; Equipamiento; TICs; RRHH; Financiero.		
3	Presentar el Estudio Pre Inversión Hospitalaria (EPH), en cada uno de sus módulos, incorporando la participación de los equipos clínicos, usuarios y la red asistencial.		
4	Coordinar e incluir el Plan de Normalización del HTC con el Plan Maestro de Infraestructura del Servicio de Salud Concepción.		
5	El Estudio de Pre Inversión Hospitalaria para el proyecto de Normalización del HTC, deberá incluir la entrega de un total de 06 informes, con estudios que comprendan proyecciones en diversos escenarios con un <u>horizonte de 10 a 15 años.</u>		
Estrategia:		Eficiencia Operacional	Perspectiva: Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Confeccionar durante el primer semestre del año 2026 el Plan de Normalización, para que durante el segundo semestre se logre confeccionar en su totalidad el Estudio del Perfil del mismo Plan de Normalización para el HTC. Para abordar durante el 2027 la totalidad de la Etapa de Alcance e iniciar con la Etapa de Pre Inversión, la cual deberá desarrollarse en un período de dos años. Con ello, se dará cumplimiento a la totalidad del ciclo de formulación del Proyecto de Normalización del HTC, presentando la totalidad de antecedentes del proyecto para fines del año 2028, estando en óptimas condiciones para avanzar a fase de Diseño.			
Responsable		Equipo Directivo / Equipo de Normalización / Unidad Proyectos	

Ficha Indicador 5.6

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Cumplimiento de Actividades definidas por HTC para contribuir al Programa de Creación de la Red de Traumatología del Servicio de Salud Concepción
Objetivo Estratégico Asociado	Fortalecer la coordinación y el trabajo en red entre establecimientos de salud para mejorar la continuidad del cuidado en el área de la Traumatología.
Tipo de Indicador	Resultado
Fórmula de Cálculo	$\frac{N^{\circ} \text{ actividades hito año } t \text{ resueltas}}{N^{\circ} \text{ total de Actividades definidas para hito año } t} \times 100$
Unidad de Medida	Dicotómico
Línea Base (2025)	No hay, establecer con la planificación 2025. Definición de la Red de Traumatología del Servicio de Salud Concepción.
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026 Hito 1 Programa de reuniones estratégicas red de SSC y Diagnóstico de Red 2027 Hito 2 Actualización y/o ajuste de cartera de servicio de la red 2028 Hito 3 Red activa de Traumatología del SSC (Lota, Coronel, HGGB, Florida, CVMF)
Fuente de Datos	Calendario reuniones Listado asistencia
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Seguimiento	Dirección / Subdirección Médica / Servicio de Salud de Concepción

Plan de Acción Indicador 5.6

Plan de Acción: Programa de Red Traumatólogica del Servicio de Salud Concepción			
1	Establecer reuniones periódicas de la mesa técnica de traumatología entre el HTC y los hospitales de la red, con actas y acuerdos formales sobre lineamientos clínicos y administrativos compartidos		
2	Diseñar y ejecutar un plan de capacitación conjunta en temas traumatológicos, manejo de emergencias, uso de nuevas tecnologías y trabajo en red		
3	Implementar un sistema de seguimiento y rendición de cuentas del programa, mediante indicadores cuantitativos y cualitativos que se reporten regularmente a las direcciones de los establecimientos		
4	Definir canales y procedimientos claros para la toma de decisiones y resolución de conflictos en la red, promoviendo la participación de todos los niveles (clínico y directivo).		
5	Alinear el funcionamiento de la red traumatólogica con la misión, visión y objetivos estratégicos del HTC y del SSC.		
Estrategia:	Gestión Asistencial en Red	Perspectiva:	Usuario
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Implementar, entre 2025 y 2028, el Programa de Red Traumatólogica del Servicio de Salud Concepción, asegurando la ejecución anual de las actividades definidas por el HTC (mesas técnicas, capacitaciones, protocolos compartidos y reportes de resultados) y el cumplimiento de las metas del indicador 25.			
Responsable	Dirección / Subdirección Médica / Servicio de Salud de Concepción		

Ficha Indicador 5.7

Campo	Descripción
Nombre del Indicador	Porcentaje de cumplimiento de auditorías internas
Objetivo Estratégico Asociado	Consolidar una gestión eficiente y transparente, asegurando la ejecución y cierre oportuno de las auditorías internas.
Tipo de Indicador	Resultado / Proceso
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de auditorías internas planificadas ejecutadas y cerradas con implementación de acciones correctivas}}{\text{Número total de auditorías internas planificadas en el periodo}} \times 100$
Unidad de Medida	Porcentaje (%)
Línea Base (2025)	Se determinará con el plan anual de auditoría interna para 2025
Meta 2026 / 2027 / 2028	2026: ≥ 80 %; 2027: ≥ 90 %; 2028: 100 %
Fuente de Datos	Informes de auditoría interna, plan anual de auditoría, registro de hallazgos y acciones de mejora
Periodicidad de Medición	Anual con seguimiento y reporte semestral
Responsable de Seguimiento	Unidad Auditoría

Plan de Acción Indicador 5.7

Plan de Acción: Sistema institucional de auditoría interna y probidad			
1	Ejecutar anualmente el Plan de Auditoría Interna en el ámbito financiero y de gestión, priorizando áreas de mayor riesgo para el hospital		
2	Trabajar colaborativamente con las unidades auditadas en la elaboración y ejecución de planes de acción frente a los hallazgos, con plazos y responsables claros		
3	Implementar un sistema de seguimiento del nivel de cumplimiento de los planes de acción, con reportes periódicos a Dirección y al Comité de Cambio Organizacional		
4	Desarrollar un programa de capacitación en probidad, compras públicas y buenas prácticas de gestión dirigido a equipo directivo, jefaturas de departamento, jefes de CR y de unidades críticas (incluyendo abastecimiento).		
5	Presentar resultados relevantes y aprendizajes en reuniones ampliadas del hospital, promoviendo una cultura de transparencia y mejora continua.		
Estrategia:	Eficiencia Operacional	Perspectiva:	Procesos Internos
Objetivo Específico del Plan de Cambio			
Ejecutar anualmente, desde 2025, el 100% de las auditorías internas contempladas en el plan aprobado; lograr que al menos el % anual definido, de los hallazgos cuenten con planes de acción cerrados dentro de los plazos definidos, y reforzar la cultura de probidad mediante actividades de capacitación y retroalimentación institucional.			
Responsable	Unidad Auditoría		

CAPÍTULO VI

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 2025-2028



IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 2025-2028

La modernización de la gestión pública exige que las instituciones del Estado implementen instrumentos de planificación capaces de articular las políticas nacionales con la operación local. En este contexto, la administración de servicios de salud enfrenta el desafío de conciliar la normativa vigente con las demandas ciudadanas, requiriendo modelos de gestión que aseguren la entrega de valor público mediante procesos estandarizados y controlables. Este documento formaliza dicha articulación en el contexto hospitalario.

El Plan de Cambio Organizacional tiene como objetivo traducir los lineamientos estratégicos, la misión, la visión y los objetivos definidos durante este proceso en un conjunto ordenado de acciones de cambio estructural, cultural y operativo. Este instrumento busca materializar la estrategia institucional, transformando definiciones abstractas en intervenciones concretas capaces de producir mejoras sostenibles en la calidad de la atención, la eficiencia en el uso de los recursos públicos y la experiencia de usuarios, familias y funcionarios.

Desde la perspectiva de la política pública, la sostenibilidad de estas mejoras depende de la capacidad de la organización para institucionalizar nuevas prácticas. Por ello, el Plan de Cambio es una guía práctica para orientar el trabajo cotidiano de los equipos del Hospital Traumatológico de Concepción. Su diseño incorpora mecanismos de *accountability* o rendición de cuentas interna, fundamentales para la transparencia en la gestión del sector salud.

En consecuencia, el documento describe con detalle la gobernanza del proceso, los portafolios de iniciativas, los responsables y la forma en que los avances se monitorearán. Para tal efecto, se utilizan indicadores estratégicos ya consensuados en la matriz de planificación, asegurando la coherencia técnica con el modelo de Autogestión en Red y el cumplimiento estricto del marco regulatorio establecido en el D.S. N°38 de 2005 del Ministerio de Salud.

6.1 Marco Metodológico

El Plan de Cambio Organizacional se construye sobre los siguientes marcos de referencia institucional y normativos:

- La Misión y Visión institucionales del HTC para el período 2025–2028, definidas en el proceso de planificación estratégica.
- Los objetivos estratégicos aprobados, organizados en cinco dimensiones: Sustentabilidad Financiera y Eficiencia Operacional; Participación y Satisfacción Usuaria, Gestión de Personas, Gestión Clínica y Calidad Asistencial, Gobernanza, Autogestión y Proyectos Estratégicos.
- El marco regulatorio de la Autogestión en Red, en particular el D.S. N°38 de 2005, artículos 16 y 18, que establecen exigencias de gestión clínica, financiera y de calidad para los establecimientos autogestionados.
- Los compromisos de gestión (ADP, COMGES, EAR y otros instrumentos) que vinculan el desempeño institucional con metas sanitarias y de eficiencia establecidas por el Servicio de Salud Concepción y el Ministerio de Salud.
- Los principios de la Atención Centrada en la Persona, la Seguridad del Paciente, la Humanización del Cuidado y la equidad en el acceso, recogidos en políticas nacionales y en el Modelo de Atención Integral de Salud.

El diseño del plan se inspira en marcos reconocidos de gestión del cambio organizacional, tales como el modelo de ocho etapas de John Kotter y el enfoque ADKAR de Prosci, adaptados a la realidad de un hospital público de alta complejidad. De estos modelos se retoman elementos clave, como la necesidad de contar con un sentido de urgencia compartido, la construcción de una coalición de liderazgo, la existencia de una visión clara del cambio, la comunicación sistemática y la generación de logros tempranos que consoliden el proceso.

El Plan de Cambio se construyó como continuidad lógica del proceso de planificación estratégica desarrollado en el HTC. Dicho proceso incluyó, entre otros hitos, jornadas de trabajo con el equipo directivo y las subdirecciones, aplicación de un análisis FODA por mesas temáticas, definición de objetivos estratégicos, elaboración de un mapa estratégico y construcción de una matriz de indicadores con sus respectivos planes.

Sobre esta base, se realizó una revisión técnica de la matriz de objetivos–indicadores–planes, identificando:

- La coherencia de cada plan con el objetivo estratégico y la variable clave asociada.
- Las brechas de formulación (planes incompletos, genéricos o redundantes).
- Las oportunidades para agrupar planes en portafolios de cambio que faciliten la gestión y el seguimiento.

A partir de este análisis se propuso una reorganización en cinco PORTAFOLIOS de cambio organizacional y se han reformulado los planes asociados a los 23 indicadores estratégicos, de manera que cada uno contara con una descripción clara, acciones definidas, responsables y un sentido explícito de contribución a la estrategia global del hospital.

6.2 Gobernanza del Cambio Organizacional

La gobernanza del cambio es el conjunto de estructuras y mecanismos mediante los cuales el Hospital Traumatólogo de Concepción conducirá, monitoreará y corregirá el proceso de implementación de este plan. Define quién decide, quién ejecuta, quién acompaña y quién rinde cuentas.

6.2.1 Roles y estructuras principales

Se definen las siguientes estructuras de gobernanza:

a) Dirección del HTC como Actor Estratégico

La Dirección ejerce el rol estratégico del cambio. Le corresponde aprobar el Plan de Cambio Organizacional, asignar los recursos críticos, representar el proceso frente al Servicio de Salud Concepción y garantizar que el cambio se mantenga como prioridad institucional a lo largo del período 2025–2028.

b) Equipo Directivo

Instancia directiva y técnica responsable de conducir el conjunto del plan. Está integrado por la Dirección, las Subdirecciones Médica, Administrativa, de Gestión y Desarrollo de las Personas y Gestión del Cuidado; además, de forma especial, se invita a la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Control de Gestión, CR Atención Abierta, CR Atención Cerrada, CR Operaciones, CR Finanzas, Participación Social y la Unidad Asistencial Docente.

Funciones principales del Equipo Directivo (Respecto del Plan):

- Validar y priorizar los portafolios de cambio.
- Asegurar la coherencia entre los proyectos de cambio y los instrumentos de gestión (ADP, COMGES, EAR, convenios de desempeño, etc.).
- Monitorear los avances y proponer ajustes.
- Resolver barreras interdepartamentales que dificulten la implementación.
- Informar periódicamente a la comunidad hospitalaria y a la red sobre el avance del cambio.

c) Responsables de Seguimiento

Cada Subdirección/Departamento/Unidad/Subunidad tendrá un líder, responsable de hacer seguimiento y reportar indicadores, además de coordinar la implementación de los planes en su ámbito, articular a las jefaturas de servicio, levantar resistencias y necesidades de apoyo y reportar avances. Estos líderes constituyen una red operativa clave para bajar la estrategia al trabajo cotidiano.

d) Referentes Técnicos

Para cada portafolio, correspondiente a cada Objetivo Estratégico, se conformarán equipos de implementación multidisciplinarios, integrados por referentes clínicos, administrativos, técnicos y, cuando corresponda, representantes de usuarios. Su tarea es traducir los planes en proyectos concretos, con cronogramas, productos, riesgos y responsables claramente definidos.

e) Unidad de Comunicación

Instancia encargada de diseñar y ejecutar el plan de comunicaciones, integrada por Dirección, Desarrollo Organizacional, Participación Social y apoyo de comunicaciones del Servicio de Salud cuando sea necesario. Su función es asegurar mensajes claros, frecuentes y consistentes hacia funcionarios, usuarios, la red asistencial y la comunidad.

6.2.2 Objetivos de Cambio Organizacional

Para facilitar la gestión, los 23 planes asociados a los indicadores y objetivos específicos se agrupan en cinco portafolios de cambio. Cada portafolio reúne iniciativas que comparten propósito y responsables principales, permitiendo alinear recursos, evitar duplicidades y disponer de una mirada integral del avance.

Objetivo específico del Plan de Cambio

OE1. Diseñar, pilotear e implementar, un modelo institucional de continuidad del cuidado traumatológico APS-HTC, formalizado por protocolo y con indicadores de proceso y resultado medidos trimestralmente en las trayectorias clínicas priorizadas.

OE2. Implementar un sistema de gestión integral de la Canasta Esencial de Medicamentos que asegure la programación anual, el monitoreo mensual de cumplimiento de proveedores y el registro del 100% de reclamos en la plataforma CENABAST, reduciendo progresivamente los quiebres de stock críticos.

OE3. Lograr y mantener un cumplimiento igual o superior a la meta institucional del Plan de Mantenimiento Preventivo de Equipos Críticos, mediante un inventario actualizado semestralmente, registros digitales completos y disponibilidad de recursos técnicos y financieros definidos anualmente.

OE4. Disponer de un modelo de gestión financiera prospectiva que proyecte y ajuste trimestralmente el gasto de los subtítulos 21 y 22, de manera de mantener la variación entre estimaciones y gasto ejecutado dentro de los rangos definidos por el Servicio de Salud y la Dirección.

OE5. Ejecutar un plan anual de actividades de participación social orientado a fortalecer la relación del establecimiento con las agrupaciones comunitarias, promoviendo la humanización de la atención, el trato digno y la participación activa de la comunidad.

OE6. Implementar un programa de gestión de casos sociosanitarios que permita identificar y abordar, en forma protocolizada, al menos el 90% de los pacientes hospitalizados con riesgo psicosocial alto o medio, midiendo su impacto en la reducción de estancias prolongadas.

OE7. Incrementar el porcentaje de usuarios conformes con el trato recibido en atención abierta y cerrada, mediante la aplicación sistemática de encuestas y la ejecución anual de planes de mejora por servicio, logrando una tendencia sostenida al alza respecto de la línea base.

OE8. Reducir progresivamente el índice de ausentismo laboral por licencias médicas curativas, mediante un sistema de monitoreo mensual y la implementación de intervenciones preventivas y de reintegro laboral.

OE9. Contar con un Plan Anual de Formación y Desarrollo que cubra al menos al 30% del personal en competencias prioritarias (seguridad del paciente, gestión clínica, TIC, liderazgo), evaluando anualmente su impacto en los indicadores estratégicos asociados.

OE10. Diseñar e implementar un Programa de Calidad de Vida Laboral con cartera anual de actividades y evaluación de participación, logrando ejecutar al menos el 80% de las actividades planificadas y mostrando mejora en los indicadores de bienestar y clima.

OE11. Reducir el porcentaje de inasistencia en atención ambulatoria mediante la optimización de la confirmación de cita activa de pacientes y la gestión logística, logrando una tendencia descendente anual validada en los informes de CR Atención Abierta.

OE12. Disminuir el porcentaje de egresos con estancias prolongadas hospitalarias, mediante la gestión sistemática de camas, el trabajo del Comité de Eficiencia Hospitalaria y la implementación de planes de acción por servicio, con seguimiento trimestral de resultados.

OE13. Aumentar anualmente la resolución de casos de lista de espera quirúrgica con antigüedad sobre el percentil 75, mediante un plan especial de pabellones y jornadas extraordinarias, de manera de reducir de forma sostenida el stock de casos antiguos al cierre de 2028.

OE14. Reducir la tasa de suspensiones quirúrgicas en cirugías mayores electivas, mediante análisis sistemático de causas, trabajo conjunto con la empresa de esterilización y refuerzo del proceso prequirúrgico.

OE15. Lograr que al menos el 100% de los protocolos clínicos críticos se encuentren vigentes y actualizados a diciembre de 2028, mediante una matriz institucional de seguimiento, alertas anticipadas y supervisión del cumplimiento en las unidades clínicas.

OE16. Reducir progresivamente las tasas de infecciones asociadas a la atención de salud en los servicios priorizados, mediante supervisión PCI, análisis de casos y planes de mejora, alcanzando o llegar bajo el indicador definidos por el MINSAL y la meta institucional.

OE17. Implementar y consolidar un programa formal de autogestión, mediante la conformación del equipo por resolución, la ejecución de un plan de trabajo, reuniones, seguimiento e informes que permitan al hospital alcanzar el cumplimiento de indicadores para alcanzar su condición de Establecimiento Autogestionado en Red.

OE18. Implementar un proceso anual sistemático y documentado de análisis, priorización y formulación de propuesta de procedimientos de alto costo para su incorporación al ajuste por tecnología FONASA, asegurando que el HTC presente al menos una propuesta técnicamente fundamentada por año y optimice los ingresos institucionales asociados a esta modalidad de financiamiento.

OE19. Implementar y consolidar el plan de desarrollo docente, investigación e innovación del hospital, asegurando puesta en marcha, desarrollo de áreas estratégicas y obtención de resultados académicos que permitan cumplir cada uno de los hitos.

OE20. Desarrollar el proyecto de Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC, cumpliendo progresivamente los hitos de diagnóstico, diseño funcional, definición de equipamiento y presentación de la propuesta a la autoridad sanitaria dentro de los

plazos del plan propuestos. Considerar que actualmente el HTC no cuenta con el servicio de urgencia y que cerca del 70% de su actividad quirúrgica corresponde a una urgencia traumatológica, esto con el propósito de dar una respuesta integral, oportuna y resolutive a nuestros pacientes.

OE21. Confeccionar durante el primer semestre del año 2026 el Plan de Normalización, para que durante el segundo semestre se logre confeccionar en su totalidad el Estudio del Perfil del mismo Plan de Normalización para el HTC. Para abordar durante el 2027 la totalidad de la Etapa de Alcance e iniciar con la Etapa de Pre Inversión, la cual deberá desarrollarse en un período de dos años. Con ello, se dará cumplimiento a la totalidad del ciclo de formulación del Proyecto de Normalización del HTC, presentando la totalidad de antecedentes del proyecto para fines del año 2028, estando en óptimas condiciones para avanzar a fase de Diseño.

OE22. Implementar, entre 2025 y 2028, el Programa de Red Traumatólogica del Servicio de Salud Concepción, asegurando la ejecución anual de las actividades definidas por el HTC (mesas técnicas, capacitaciones, protocolos compartidos y reportes de resultados) y el cumplimiento de las metas del indicador 25.

OE23. Ejecutar anualmente, desde 2025, el 100% de las auditorías internas contempladas en el plan aprobado; lograr que al menos el % anual definido, de los hallazgos cuenten con planes de acción cerrados dentro de los plazos definidos, y reforzar la cultura de probidad mediante actividades de capacitación y retroalimentación institucional.

6.2.3 Descripción de Portafolios

El Portafolio puede entenderse con lo que habitualmente se denomina “cartera de proyectos y programas institucionales” o “plan de trabajo institucional”. Corresponde al conjunto ordenado de iniciativas en ejecución y planificadas que el Hospital gestiona simultáneamente —por ejemplo, planes clínicos, programas transversales, proyectos de mejora, iniciativas de apoyo y acciones operativas— y que, en su conjunto, explican qué se está haciendo, por qué se hace y con qué prioridad.

El Portafolio es la organización sistemática del trabajo real del Hospital, alineada con los objetivos estratégicos, los compromisos de gestión y las necesidades de las personas usuarias.

PORTAFOLIO 1: Eficiencia Operacional y Sustentabilidad Financiera

Este componente del Plan de Cambio sistematiza las iniciativas orientadas a garantizar la sostenibilidad económica y la continuidad operativa del establecimiento. Su propósito central es optimizar la eficiencia en la asignación y ejecución de los recursos públicos, abarcando desde la cadena de suministro de insumos críticos hasta la gestión del ciclo de vida de los activos fijos y la tecnología médica. Asimismo, busca fortalecer la proyección presupuestaria institucional mediante el control de los factores de gasto y la maximización de los mecanismos de financiamiento sectorial.

El portafolio se estructura a través de los siguientes instrumentos de gestión:

- Plan de gestión integral de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM). (OE 1.1)
- Programa institucional de gestión de equipos críticos y mantenimiento preventivo. (OE 1.2)
- Plan de gestión financiera prospectiva del subtítulo 21 y 22. (OE 1.3)
- Plan de gestión estratégica del ajuste por tecnología FONASA. (OE 5.2)

La gobernanza y ejecución de este portafolio es responsabilidad de la Subdirección Administrativa, en articulación directa con los Centros de Responsabilidad (CR) de Finanzas, Operaciones y Gestión de las Personas. Dicha gestión se realizará en coordinación transversal con las unidades clínicas, validando la pertinencia técnica del gasto y alineando los requerimientos asistenciales con la disponibilidad presupuestaria del hospital.

PORTAFOLIO 2: Participación y Satisfacción Usuaría

Incluye planes vinculados a los indicadores de continuidad del cuidado, participación usuaria, humanización, satisfacción usuaria, listas de espera, suspensiones y estancias prolongadas, entre otros.

- Plan de participación social y humanización con la comunidad (OE 2.1)
- Programa de gestión de casos sociosanitarios complejos. (OE 2.2)
- Plan institucional de trato digno y humanización del cuidado. (OE 2.3)

Este portafolio requiere una coordinación estrecha entre Dirección, CR Operaciones, Unidad de Proyectos, Tecnologías de la Información y las Subdirecciones clínicas, para asegurar que las intervenciones y el cuidado estén alineadas con el modelo de atención y con las exigencias de autogestión.

PORTAFOLIO 3: Desarrollo Organizacional, Formación y Bienestar

Este eje estratégico aborda la gestión del cambio desde su componente más crítico: el capital humano. El portafolio sistematiza las intervenciones orientadas a fortalecer las capacidades adaptativas de la organización, interviniendo directamente en el cierre de brechas de competencias, la actualización de los modelos de liderazgo y el mejoramiento del clima laboral. Su propósito es generar las condiciones habilitantes para que los funcionarios dispongan de las herramientas técnicas y los entornos laborales saludables necesarios para sostener los nuevos estándares de atención, asegurando que la transformación institucional sea internalizada y ejecutada efectivamente por los equipos.

Para materializar estos objetivos, se establecen los siguientes instrumentos de planificación:

- Plan de gestión del ausentismo laboral por licencias médicas curativas. (OE 3.1)
- Plan de perfeccionamiento y formación continua para el personal del HTC. (OE 3.2)
- Plan de Calidad de Vida Laboral. (3.3)

La gobernanza técnica y ejecución de este portafolio recae en la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, actuando como unidad rectora en conjunto con el Departamento de Desarrollo Organizacional y la Unidad de Calidad de Vida Laboral, apoyados por el Servicio de Salud Concepción. No obstante, su implementación requiere un despliegue transversal, por lo que se ejecutará en estrecha coordinación con las jefaturas de servicio y unidades clínicas, quienes validarán la pertinencia de las capacitaciones y facilitarán la participación funcionaria.

PORTAFOLIO 4: Gestión Clínica y Calidad Asistencial

Este portafolio aborda el corazón clínico del hospital, conforme a cómo se organiza la atención traumatológica, cómo se asegura la continuidad del cuidado y cómo se resguardan la seguridad y la experiencia de los pacientes.

Entre las iniciativas clave se encuentran:

- Plan de implementación del modelo de continuidad del cuidado traumatológico. (OE 4.1)
- Programa de reducción de inasistencia a consulta médica de especialidad en CR Atención Abierta. (OE 4.2)
- Programa de gestión de estancias hospitalarias y fluidez de camas. (OE 4.3)
- Plan de resolución de lista de espera quirúrgica con énfasis en casos antiguos. (OE 4.4)
- Plan de reducción de suspensiones quirúrgicas en cirugías mayores electivas. (OE 4.5)
- Sistema de gestión y actualización de protocolos relacionado proceso acreditación. (OE 4.6)

Este portafolio requiere un liderazgo fuerte de la Subdirección Médica, la Subdirección de Gestión del Cuidado, la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y las jefaturas clínicas, articuladas con la red asistencial del Servicio de Salud Concepción.

PORTAFOLIO 5: Gobernanza, Autogestión y Trabajo en Red

Este portafolio se orienta a fortalecer la capacidad del HTC para gobernar su propio desempeño, interactuar con la red asistencial, desarrollar docencia e investigación e instalar una cultura de probidad y mejora continua.

- Programa de autogestión y cumplimiento del DS N°38 (artículos 16 y 18) e indicadores BSC. (OE 5.1)
- Plan de desarrollo docente, investigación e innovación (DDII). (OE 5.3)
- Proyecto de implementación del Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC. (OE 5.4)
- Plan de desarrollo del proyecto de normalización del HTC. (OE 5.5)
- Programa de Red Traumatológica del Servicio de Salud Concepción. (5.6)
- Sistema institucional de auditoría interna y probidad. (5.7)

La conducción de este portafolio involucra a la Dirección, el Equipo Directivo, el Departamento Docente, Investigación e Innovación, Control de Gestión, la Unidad de Auditoría y los referentes de la red asistencial del Servicio de Salud Concepción.

6.3 Cronograma de implementación 2025–2028

El presente capítulo establece el cronograma de implementación estratégica institucional para el período 2025–2028, transformando las definiciones metodológicas, la misión, visión, valores y objetivos estratégicos en un plan operativo graduado en el tiempo. Su finalidad es garantizar coherencia entre los desafíos del Hospital Traumatológico de Concepción, su rol como establecimiento especializado de la red y su aspiración a consolidarse como referente en calidad asistencial, eficiencia clínica y gestión moderna, con foco en las personas y en el paciente como centro del cuidado.

Este despliegue articula las cinco dimensiones estratégicas del plan:

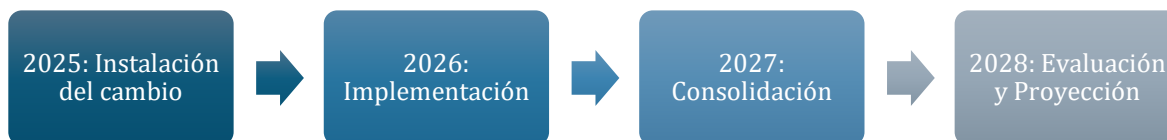
1. Sustentabilidad financiera y eficiencia operacional,
2. Participación y satisfacción usuaria,
3. Gestión de las personas,
4. Gestión clínica y calidad asistencial,
5. Gobernanza, autogestión y proyectos estratégicos (incluida la normalización).

Sobre cuatro perspectivas operacionales:

- A. Financiera
- B. Aprendizaje y Desarrollo
- C. Procesos Internos
- D. Usuarios

Estas ideas refuerzan la misión institucional centrada en la producción de atención especializada, resolutive y en red; la visión orientada a la excelencia y referencia nacional; y los valores asociados a humanización, calidad, colaboración, seguridad y responsabilidad pública.

El despliegue 2025–2028 se organiza en cuatro fases progresivas, coherentes con la madurez institucional:



2025 INSTALACIÓN DEL CAMBIO

- Formalización de la gobernanza para el monitoreo y control alineando la gestión con las normativas vigentes, garantizando una base sólida de sostenibilidad clínica, operativa y financiera.
- Diseño del modelo de atención, integrando protocolos avanzados de continuidad del cuidado y fortaleciendo la articulación con la Atención Primaria de Salud (APS), con un enfoque directivo en la optimización de la eficiencia quirúrgica y la reducción de interrupciones en procedimientos electivos críticos.
- Priorización y análisis en profundidad de las listas de espera quirúrgicas crónicas, definiendo estrategias iniciales de resolución progresiva y preparando propuestas de ajustes en prestaciones de alto impacto para instancias regulatorias nacionales.
- Detección de proyectos estratégicos mediante una evaluación de necesidades logísticas e infraestructura, vinculándolo estratégicamente a la mejora de procesos operativos clave y a la autonomía institucional.
- Desarrollo de sistemas de mediciones mediante la implementación de herramientas técnicas y tableros de control que permitan el seguimiento preciso de los indicadores estratégicos para una toma de decisiones basada en evidencia.
- Estandarización de procesos clínicos y administrativos para asegurar la eficiencia y calidad de la atención.
- Reestructuración de procesos de organización institucional orientada a modernizar los flujos de trabajo internos y adaptar la estructura orgánica a los nuevos desafíos y requerimientos del Hospital y la Red.
- Ajuste de estándares de calidad asistencial mediante la actualización de los protocolos de seguridad del paciente para garantizar que todas las prestaciones cumplan con los más altos criterios de calidad técnica y humana.
- Formalización de mecanismos de articulación en red para institucionalizar los canales de coordinación con otros nodos asistenciales y asegurar un flujo de pacientes que sea oportuno, bidireccional y eficiente.

- Fortalecimiento del proceso quirúrgico a través de la optimización de la gestión de pabellones y la cadena de valor quirúrgica con el fin de maximizar la capacidad resolutive institucional y mejorar la experiencia del usuario.

2026 IMPLEMENTACIÓN

- Programa de autogestión con revisiones semestrales y propuestas de prestaciones avanzadas para ajustes por tecnología, optimizando la gestión financiera en escenarios de demanda creciente.
- Resolutividad quirúrgica mediante planes que minimicen suspensiones en intervenciones mayores y resuelvan un porcentaje significativo de casos pendientes en listas de espera, mejorando la eficiencia operativa global.
- Inicio Propuesta de programa del Servicio de Urgencia Traumatológica del HTC.

En particular:

1. Gestión clínica

- Maduración del modelo de gestión de listas, tiempos y accesos.
- Instalación de tableros y alertas tempranas.
- Fortalecimiento del proceso quirúrgico.

2. Red y alta complejidad traumatológica

- Consolidación de protocolos interred, derivaciones y atención integral.
- Incremento del foco en resolutividad traumatológica.

3. Normalización y preinversión

- Estudio de Preinversión Hospitalaria.
- Primera ronda de evaluación funcional de espacios y flujos clínicos.

4. Optimización de Indicadores de eficiencia hospitalaria

- Indicadores de calidad, de productividad, de seguridad GRD.

5. Capital humano e investigación aplicada

- Fortalecimiento de competencias clínicas y de gestión.
- Incorporación de componentes incipientes de investigación traumatológica.

2027 CONSOLIDACIÓN

- Profundización de la articulación con la red y del trabajo académico del DDII.
- Revisión y ajuste de la cartera de proyectos priorizados al cierre del ciclo 2025-2028
- Consolidación interna de la autogestión mediante evaluaciones integrales de desempeño y expansión de prestaciones aprobadas, reforzando la transparencia directiva y proyección financiera para un modelo de alta complejidad sostenible.
- Expansión de la capacidad resolutive quirúrgica resolviendo un mayor volumen de listas de espera crónicas y optimizando estancias hospitalarias, priorizando continuidad en red para mayor impacto asistencial
- Verificación de la fase de preinversión en el proyecto de normalización.
- Fortalecimiento del Establecimiento como centro de referencia en la red.

En particular:

1. Red e integración asistencial

- Integración estable con red traumatológica y APS.

2. Investigación, docencia y transferencia

- Formalización de la línea institucional de investigación aplicada.
- Vinculación académica y desarrollo del DDII.

2028 EVALUACIÓN Y PROYECCIÓN

- Evaluación integral de la autogestión con análisis de cumplimiento y proyecciones financieras, de normalización, orientando ajustes directivos para ciclos subsiguientes en alta complejidad.
- Proyección de la capacidad resolutive quirúrgica mediante medición de avances en listas de espera y eficiencia hospitalaria, asegurando alineamiento con estándares de calidad y continuidad.
- Finalización del estudio de preinversión hospitalaria de normalización.

En particular:

1. Normalización hospitalaria y puesta en cartera de inversión

- Presentación del proyecto final normalizado ante autoridad sectorial.
- Preparación de habilitación para su diseño.

2. Investigación, docencia y transferencia institucional

- Consolidación de capacidades del cuerpo clínico y técnico.

- Publicación institucional de resultados e impacto.

3. Cierre del ciclo y proyección 2029-2032

- Definición del nuevo mapa estratégico.

6.4 Consideraciones para la Gestión del Cambio

La experiencia internacional muestra que los principales fracasos en procesos de cambio organizacional no se explican por la calidad técnica de los proyectos, sino por la subestimación de los aspectos culturales y humanos. Por ello, el Plan de Cambio del HTC incorpora explícitamente una estrategia de gestión del cambio cultural y de resistencias.

Ejes de cambio cultural

- Promover un liderazgo coherente con los valores institucionales, visible y cercano a los equipos.
- Fortalecer la comunicación interna, asegurando que las decisiones y cambios sean explicados de forma oportuna y comprensible.
- Instalar la seguridad del paciente y la humanización del cuidado como ejes transversales de la práctica clínica y administrativa.
- Reconocer y celebrar logros de equipos y personas, vinculados al avance del plan.
- Desarrollar un clima de confianza que permita expresar dudas, temores y propuestas frente a los cambios.

Estrategia de manejo de resistencias

Las resistencias al cambio se considerarán fenómenos esperables y legítimos, que entregan información valiosa sobre temores, riesgos y aspectos a mejorar en la conducción del proceso. La estrategia institucional se basa en:

- Identificar tempranamente focos de resistencia mediante reuniones, encuestas y espacios de diálogo.
- Diferenciar entre resistencias informadas (fundadas en riesgos reales) y resistencias basadas en desinformación o temores, abordándolas de manera diferenciada.
- Incorporar a líderes formales e informales como aliados del cambio, invitándolos a co-construir soluciones.

- Ofrecer apoyo y capacitación cuando la resistencia se vincule a inseguridad respecto de nuevas tareas o tecnologías.
- Tomar decisiones claras y consistentes en aquellos casos en que, pese al apoyo, se mantengan conductas sistemáticamente obstructivas.

6.5 Sistema de monitoreo, evaluación y mejora continua

El diseño e implementación del Plan de Cambio Organizacional requiere de un mecanismo sistemático de control de gestión que garantice la trazabilidad de las acciones y el cumplimiento de los objetivos trazados. En este marco, el Sistema de Monitoreo y Seguimiento se establece como la herramienta técnica encargada de verificar el grado de avance físico y financiero de las iniciativas, asegurando la alineación entre la ejecución operativa y la estrategia institucional 2025 -2028 del Hospital Traumatológico de Concepción.

La operatividad de este sistema se articula a través de la Matriz de Indicadores Estratégicos, instrumento de planificación ya validado institucionalmente. Esta matriz desagrega los objetivos e indicadores cuantificables, asignando a cada indicador una ficha técnica que estipula su fórmula de cálculo, fuentes de verificación y periodicidad de medición. Asimismo, establece la asignación formal de un responsable directo para cada indicador, quien asume la obligación funcionaria de gestionar el plan de acción asociado, reportar los datos fidedignos y custodiar la evidencia que respalda el cumplimiento de las metas.

La gobernanza del proceso recae en el Equipo referente estratégico, entidad que actuará como instancia revisora y decisoria. El Equipo de Directivo ejecutará sesiones de control de gestión con una periodicidad semestral, cuyo propósito será analizar el desempeño de los indicadores frente a la línea base y las metas intermedias. En dichas instancias se identificarán las desviaciones críticas, ya sean por ejecución presupuestaria, plazos o calidad técnica, y se deberá instruir la implementación inmediata de medidas correctivas para reencauzar el cumplimiento de los compromisos de gestión.

Finalmente, el sistema incorpora una dimensión de rendición de cuentas y transparencia. Los resultados del monitoreo serán sistematizados en Informes Anuales de Avance y Resultados a cargo de la Unidad Control de Gestión, Planificación y Desarrollo. Estos documentos tendrán un doble destino, por una parte, reportar el cumplimiento de metas ante el Servicio de Salud Concepción para fines de evaluación institucional; y por otra, informar a la comunidad usuaria y a los funcionarios,

integrando la perspectiva de satisfacción usuaria y clima laboral, consolidando así el compromiso del Hospital con la publicidad de sus actos administrativos y la participación social.

CONCLUSIONES

La Planificación Estratégica 2025–2028 del Hospital Traumatológico de Concepción constituye un hito institucional que integra el análisis situacional, el diagnóstico territorial y de red, la caracterización organizacional y las definiciones estratégicas necesarias para orientar el desarrollo futuro del establecimiento. El proceso permitió comprender la complejidad del contexto sanitario y epidemiológico en el que se inserta el hospital, una red asistencial en transformación y una demanda creciente por servicios traumatológicos y de rehabilitación de alta especialización. Este escenario confirma la pertinencia del Hospital Traumatológico como establecimiento de especialidad, resolutorio y con capacidad técnica para contribuir significativamente a la mejora de la salud de la población del territorio.

La planificación establece compromisos institucionales claros y medibles, orientados a mejorar la resolutividad, fortalecer la eficiencia en el uso de recursos, avanzar hacia la autogestión en red y promover una cultura organizacional centrada en las personas, la calidad asistencial y la satisfacción usuaria.

El diagnóstico confirmó fortalezas relevantes —un modelo de atención especializado, un desempeño quirúrgico en expansión, resultados sostenidos en acreditación y seguridad del paciente y un posicionamiento consolidado como referente traumatológico regional—, así como brechas que exigen acción: crecimiento de la demanda, limitaciones de infraestructura, presión sobre camas y pabellones, segmentación territorial de riesgos sanitarios y necesidades de fortalecimiento del capital humano.

La planificación da respuesta a estos desafíos mediante cinco dimensiones estratégicas, un sistema de indicadores y planes operativos que permitirán monitorear avances y realizar ajustes permanentes. Su implementación dependerá del liderazgo directivo, la corresponsabilidad de los equipos, la articulación con la red asistencial y el compromiso con una gestión basada en datos, evidencia y mejora continua.

De esta manera, el Hospital Traumatológico de Concepción asume un horizonte común: consolidarse como hospital docente de alta especialidad, fortalecer su condición de centro de referencia traumatológica y avanzar hacia la normalización y autogestión, garantizando oportunidad, calidad, humanización y resultados sanitarios para la población. El objetivo final es claro: cuidar mejor, resolver más y transformar vidas.

El período 2025–2028 se concibe como un ciclo estratégico orientado a construir capacidades institucionales y posicionar al establecimiento como referente regional y nacional en traumatología y rehabilitación, con atributos diferenciales

basados en eficiencia clínica, calidad asistencial, gestión basada en evidencia y atención centrada en las personas. Este enfoque reconoce que la especialización no es sólo un atributo técnico, sino un compromiso ético con las personas y con el sistema público de salud.

Finalmente, la planificación reafirma que el Hospital Traumatológico de Concepción cuenta con condiciones y ventajas comparativas para asumir un rol protagónico dentro del Servicio de Salud Concepción y del sistema hospitalario público, aportando a la continuidad del cuidado, la resolutiveidad de la red y la sustentabilidad del sistema sanitario. Su implementación exitosa requerirá liderazgo institucional, esfuerzo coordinado y participación activa de los equipos, junto con un modelo de monitoreo y evaluación permanente que permita aprender, mejorar y ajustar.

La planificación que aquí se presenta no cierra un proceso, lo inaugura. Marca el inicio de una transformación institucional orientada a construir un hospital moderno, especializado, autogestionado y centrado en las personas, al servicio de la comunidad y del derecho a la salud.

Nuestro desafío es claro: convertir la especialidad en oportunidad, la oportunidad en resultado y el resultado en vidas transformadas. Porque la salud traumatológica no espera, y nuestro compromiso tampoco.

ANEXO

PROCESO PARTICIPATIVO



JORNADA 1

Descripción de la jornada: Esta sesión inaugural constituyó el hito fundacional del proceso, centrada en la revisión y redefinición colaborativa de la Misión, Visión y Valores institucionales. A través de una metodología de trabajo en grupos heterogéneos, se facilitó el diálogo transversal para responder a interrogantes críticas sobre la identidad hospitalaria y su proyección futura. Las propuestas y actividades priorizadas fueron sometidas posteriormente a un proceso de votación, asegurando la legitimidad de los acuerdos basales.

Fecha: 05 de septiembre de 2025

Lugar: Salón Alejandría, Hotel El Dorado.

Perfil Participantes: Convocatoria amplia y multisectorial que incluyó a directivos, funcionarios del HTC, representantes de gremios de la salud, voluntariados, miembros de la sociedad civil y actores claves de la red asistencial.

N° Asistentes: 132 participantes.

Objetivo logrado: Consenso y validación de los pilares estratégicos (Misión, Visión y Valores) que orientan el quehacer institucional.



JORNADA 2

Descripción de la jornada: Utilizando los insumos validados en la primera etapa, el trabajo se focalizó en el diseño del Mapa Estratégico. Esta instancia permitió articular visual y lógicamente los objetivos de la institución, estableciendo relaciones de causa-efecto entre las distintas perspectivas de gestión. La dinámica se orientó a alinear los procesos internos y el desarrollo del capital humano con la experiencia final del usuario y el uso eficiente de los recursos.

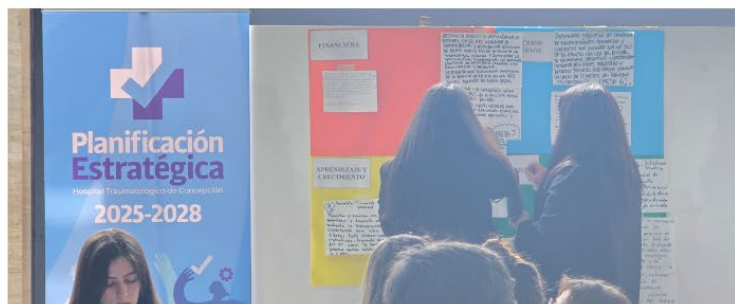
Fecha: 10 de octubre de 2025

Lugar: Salón Mural Gregorio de la Fuente, Gobierno Regional del Biobío.

Perfil Participantes: Se mantuvo un perfil participativo mixto con alta representatividad interna (funcionarios y directivos) y externa (sociedad civil y red de salud), garantizando una visión sistémica en el diseño de la estrategia.

N° Asistentes: 87 participantes.

Objetivo logrado: Elaboración del Mapa Estratégico institucional, integrando las perspectivas de usuarios, procesos, aprendizaje y financiera.



JORNADA 3

Descripción de la jornada: Esta sesión representó la etapa técnica de "bajada" de la estrategia. El enfoque se desplazó hacia la operacionalización del Mapa Estratégico, transformando los grandes objetivos en un plan de trabajo concreto y medible. Se trabajó intensivamente en la gestión de datos y la formulación de indicadores de desempeño, asegurando la viabilidad técnica de la planificación y estableciendo las métricas necesarias para el monitoreo y control de gestión futuro.

Fecha: 24 de octubre de 2025

Lugar: Salón Alejandría, Hotel El Dorado.

Perfil Participantes: Perfil técnico y acotado, compuesto en su mayoría por funcionarios internos claves en la gestión clínica y administrativa, responsables de áreas críticas y manejo de datos. Además, acompañantes representantes del SS Concepción e instituciones de la red cuyos conocimientos fueron claves para la definición de indicadores.

Nº Asistentes: 47 participantes.

Objetivo logrado: Definición de fichas de indicadores por dimension estratégica.



JORNADA 4

Descripción de la jornada: Instancia de cierre del ciclo participativo, destinada a la presentación, entrega y formalización de la Planificación Estratégica ante la comunidad hospitalaria y su entorno. En esta jornada se expuso la consolidación del trabajo realizado en las etapas previas, validando social y técnicamente la hoja de ruta del hospital. Marcó el hito de transición desde la planificación hacia la ejecución y el compromiso institucional con los desafíos futuros.

Fecha: 05 de diciembre de 2025

Lugar: Salón Paicaví, Hotel Araucano.

Perfil Participantes: Convocatoria mixta de reencuentro con la comunidad, incluyendo autoridades, directivos, funcionarios, gremios y representantes de la sociedad civil y usuarios.

Nº Asistentes: 80 participantes.

Objetivo logrado: Socialización y validación final del Plan Estratégico 2025-2028 ante la comunidad funcionaria y externa.





Planificación Estratégica

2025-2028 | Hospital Traumatológico
de Concepción

