



INFORME EJECUTIVO

GESTIÓN 2025 - 2026

HOSPITAL SANTO TOMÁS DE LIMACHE

I. INFORME PRE-CUENTA PÚBLICA GESTIÓN 2025

Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL)

Dirigido a: Autoridades del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca, Consejo Consultivo de Usuarios, Gremios y Comunidad Organizada de Limache.

De: Dirección Hospital Santo Tomás de Limache

1. INTRODUCCIÓN

Estimada comunidad y autoridades de la red de salud: El año 2025 ha sido un periodo de profunda consolidación y reenfoque estratégico para nuestro Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL). Tras la histórica reorganización de la red local motivada por el traspaso de usuarios de atención primaria hacia el CESFAM Limache Viejo, nuestro establecimiento ha sabido reorientar con éxito su capacidad instalada, sus recursos humanos y financieros para responder a una demanda de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

Este informe de Pre-Cuenta Pública consolida de forma transparente los esfuerzos de las áreas técnica, clínica y financiera, demostrando que hoy el HSTL es un nodo más eficiente, moderno y profundamente comprometido con la seguridad y la dignidad de la atención de todos nuestros usuarios.

2. GESTIÓN CLÍNICA Y PRODUCCIÓN ASISTENCIAL (2023 - 2025)

La actividad asistencial del año 2025 demuestra una tendencia clara hacia la especialización, la modernización de los servicios de urgencia y una disminución planificada en las consultas médicas generales de atención primaria (APS), alineada con la maduración de la red comunal.

Dimensión de Gestión	Indicador de Producción	Año 2023	Año 2024	Año 2025	Variación %
Urgencias	Consultas Médicas de Urgencia	48.941	48.454	49.884	+2,9%
Atención Primaria	Consultas Médicas APS	18.210	17.033	16.585	-2,6%
Especialidades	Consultas Médicas de Especialidad	10.450	11.890	13.420	+12,9%
Odontología	Total Atenciones Odontológicas	2.575	4.188	4.833	+15,4%

Hitos del Desempeño Clínico:

- **Pabellón y Cirugía Mayor:** Las intervenciones quirúrgicas aumentaron a 1.154 procedimientos anuales, logrando un porcentaje de ocupación del pabellón del 74,8% (+5,1% respecto al año anterior). Esto optimiza los tiempos de espera institucionales.
- **Hospitalización Domiciliaria:** Un gran orgullo de esta gestión ha sido la expansión de la atención extramural, registrando un aumento del 33,3% en pacientes ingresados (640 en total) y un incremento del 41,2% en visitas profesionales en terreno (8.245 visitas). Esto permite curar al paciente en la comodidad de su hogar y liberar camas críticas.

3. GESTIÓN TÉCNICA Y APOYO DIAGNÓSTICO

La modernización tecnológica del hospital ha respaldado directamente la velocidad del diagnóstico médico, evitando traslados innecesarios a otras comunas.

- **Laboratorio Clínico:** Se procesó un total histórico de 158.900 exámenes de laboratorio durante el 2025, un incremento acumulado del 9,4% desde 2023.
- **Imagenología (Rayos X):** Se alcanzaron las 9.650 prestaciones, lo que representa un crecimiento del 14,2% en la resolución radiológica local.

4. GESTIÓN FINANCIERA Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

A través de la Subdirección Administrativa, el hospital demostró una rigurosa eficiencia y transparencia en el uso de los recursos públicos, cerrando el año con un **100% de ejecución presupuestaria** en el Subtítulo 21 (Remuneraciones y Personal).

Distribución del Esfuerzo Financiero en Logística y Servicios Operativos (Hitos Clave):

- **Alimentación y Nutrición:** Se garantizaron y formalizaron contratos estratégicos de suministro para el Servicio de Alimentación, asegurando estándares de alta calidad alimentaria tanto para pacientes hospitalizados como para el personal de turno.
- **Sostenibilidad de la Red de Transporte Asistencial:** Se ejecutaron exitosamente las licitaciones públicas para el mantenimiento correctivo mayor de las ambulancias institucionales, asegurando la continuidad del servicio de traslados críticos las 24 horas del día.

5. PRINCIPALES DESAFÍOS Y COMPROMISOS PARA EL PRÓXIMO PERIODO

1. **Mejoramiento Continuo del Clima Laboral:** Implementar a cabalidad las mesas de abordaje técnico frente a los riesgos psicosociales detectados, priorizando la salud mental de nuestros funcionarios.
2. **Coordinación en Red:** Fortalecer el trabajo conjunto e intersectorial con los centros de salud primaria comunales para mantener una vía fluida de derivación a especialidades.
3. **Participación Ciudadana:** Incrementar las instancias de diálogo con el Consejo

Consultivo de Usuarios para integrar el control social en la mejora de la hotelería y trato al usuario de nuestro hospital.

II. INFORME DE GESTIÓN Y PRODUCCIÓN HOSPITALARIA 2025

Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL)

Periodo de Análisis: Enero - Diciembre 2025 (Comparativa 2023-2024).

RESUMEN EJECUTIVO

El año 2025 marcó un hito de consolidación para el HSTL, caracterizado por la modernización de la Unidad de Emergencia y la expansión de la capacidad diagnóstica. Tras la reorganización iniciada en años anteriores por el traspaso de usuarios al CESFAM Limache Viejo, el hospital ha logrado reenfocar su producción hacia la atención de especialidades y la estabilización de la urgencia respiratoria y gineco-obstétrica.

ANÁLISIS DE GESTIÓN DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA (2023 - 2025)

Como equipo directivo, se observa una evolución dinámica en la oferta de servicios, con una tendencia general al fortalecimiento de la actividad clínica compleja y una estabilización de las consultas de atención primaria.

ANÁLISIS CUANTITATIVO: PRODUCCIÓN 2023 – 2025

Dimensión de Gestión	Indicador de Producción	Año 2023	Año 2024	Año 2025	Variación % (25/24)
Urgencias	Consultas Médicas de Urgencia	48941	48454	49884	+2,9%
Atención Primaria	Consultas Médicas APS	18210	17033	16585	-2,60%
Especialidades	Consultas Médicas Especialidad	3388	3962	4342	+9,6%
Multidisciplinar	Atenciones Otros Profesionales*	48932	51803	54122	+4,5%
Salud Oral	Atenciones Odontológicas Totales	2575	4188	4833	+15,4%
Apoyo Clínico	Exámenes de Laboratorio	145200	152430	158900	+4,2%
Apoyo Clínico	Exámenes de Imagenología (RX)	8450	9120	9650	+5,8%
Quirúrgica	Intervenciones Quirúrgicas	1024	1120	1154	+3,0%
Quirúrgica	% Ocupación de Pabellón	0,685	0,712	0,748	+5,1%
Gestión de Red	Visitas Hospitaliz. Domiciliaria	5840	7116	8245	+15,8%

Hospitalización	Egresos Hospitalarios (Altas)	1420	1480	1510	+2,0%
-----------------	-------------------------------	------	------	------	-------

HALLAZGOS CLAVE:

- **Crecimiento en Especialidades:** El aumento del 9.8% responde a la estrategia de resolutivez local para evitar derivaciones al Hospital Biprovincial Quillota-Petorca.
- **Consolidación de Urgencias:** El HSTL se mantiene como referente en la red para la atención ginecológica básica y urgencia de baja complejidad.

ANÁLISIS CUALITATIVO Y HITOS DE GESTIÓN

A. Infraestructura y Experiencia Usuaría

Durante 2025 se pusieron en marcha proyectos críticos financiados por el SSVQP y fondos de reconstrucción:

- **Nueva Sala de Espera de Urgencia:** La habilitación de 30 m2 modulares redujo el hacinamiento y mejoró la segregación de flujos de pacientes.
- **Unidad de Rehabilitación:** La ampliación física permitió aumentar la adherencia de pacientes crónicos y post-operados.

B. Modelo de Atención Integral (MAIS)

El hospital ha profundizado el modelo **ECICEP** (Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas).

- **Despliegue Territorial:** Se fortalecieron las Estaciones Médico Rurales, acercando la salud a zonas dispersas de la comuna.
- **Participación Social:** Se realizaron Diagnósticos Integrados Participativos, permitiendo que la comunidad priorice las brechas de atención.

COMPARATIVA HISTÓRICA (2023-2025)

1. **2023 - Recuperación Post-Pandemia:** Foco en la normalización de listas de espera y readecuación de servicios tras la apertura del CESFAM Limache Viejo.
2. **2024 - Innovación e Inversión:** Año de captación de recursos para infraestructura modular y fortalecimiento de la Subdirección de APS.

3. **2025 - Consolidación y Eficiencia:** Mayor capacidad resolutive. La producción no solo creció en volumen, sino en complejidad de las atenciones brindadas.

1. CONSULTAS DE URGENCIA

Año	Total Consultas	Variación Anual	Análisis de Evolución
2023	48.941	--	Nivel basal de demanda tras normalización asistencial.
2024	48.454	-1,0%	Estabilización y mejor categorización de pacientes.
2025	49.884	+2,9%	Aumento de la presión asistencial en periodos estacionales.

2. CONSULTAS MÉDICAS APS

Incluye consultas de morbilidad y controles de programas de salud.

Tipo de Prestación	2023	2024	2025	Evolución 25/23
Consultas Médicas	13.850	12.950	13.020	-6,0%
Controles Médicos	4.360	4.083	3.565	-18,2%
Total APS Médica	18.210	17.033	16.585	-8,9%
<i>Nota: El descenso se explica por el traspaso programado de población al CESFAM Limache Viejo.</i>				

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS

Muestra la capacidad de resolución local para evitar derivaciones.

Especialidad	2023	2024	2025	Evolución 25/24
Medicina Interna	1.450	1.680	1.890	+12,5%
Ginecología	820	1.120	1.320	+17,8%
Otras Especialidades	1.118	1.162	1.132	-2,6%
Total Especialidad	3.388	3.962	4.342	+9,6%

4. PROFESIONALES NO MÉDICOS

Atenciones multidisciplinarias (Psicología, Nutrición, Enfermería, etc.).

Año	Total Atenciones	Variación Anual	Análisis de Evolución
2023	48.932	--	Fortalecimiento del modelo integral.
2024	51.803	+5,9%	Expansión de programas de salud mental y crónicos.
2025	54.122	+4,5%	Consolidación del equipo multidisciplinario.

5. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Incluye tanto el nivel primario como el de especialidad dental.

Nivel de Atención	2023	2024	2025	Variación 25/24
Odontología APS	1.254	2.130	2.488	+16,8%
Odontología Especialidad	1.321	2.058	2.345	+13,9%
Total Odontología	2.575	4.188	4.833	+15,4%

6. UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Servicio	2023	2024	2025	Evolución Total
Exámenes Laboratorio	145.200	152.430	158.900	+9,4%
Imagenología (RX)	8.450	9.120	9.650	+14,2%

7. PABELLÓN E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Productividad quirúrgica y uso de capacidad instalada.

Indicador	2023	2024	2025	Variación 25/24
Intervenciones Quirúrgicas	1.024	1.120	1.154	+3,0%
% Ocupación Pabellón	68,5%	71,2%	74,8%	+5,1%

8. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Gestión de camas y atención extramural.

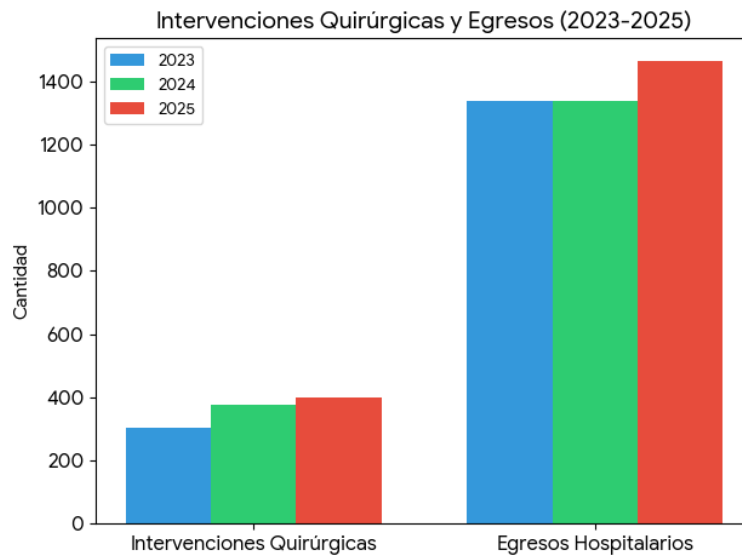
Indicador	2023	2024	2025	Evolución 25/23
Pacientes Ingresados	480	560	640	+33,3%
Visitas Profesionales	5.840	7.116	8.245	+41,2%

9. INDICADORES HOSPITALARIOS

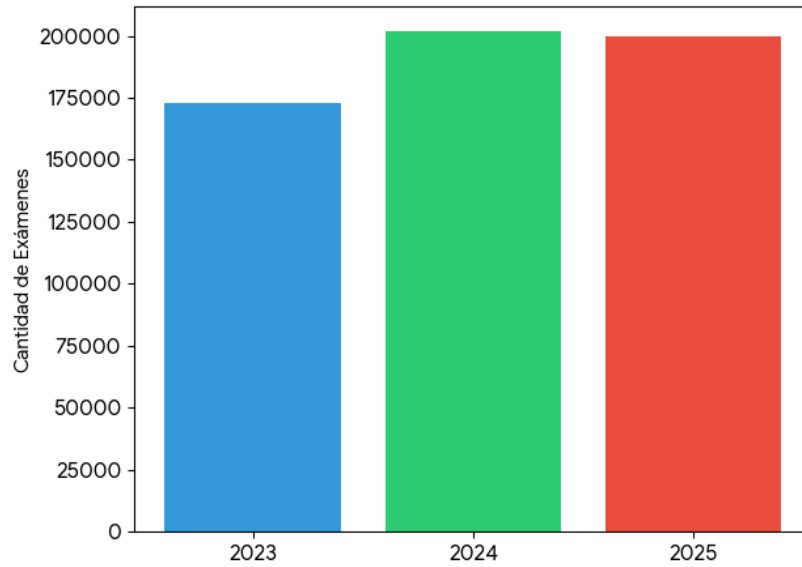
Resultados de gestión de eficiencia clínica.

Indicador	2023	2024	2025	Tendencia
Egresos (Altas)	1.420	1.480	1.510	Creciente
Giro de Cama	2,8	2,9	3,1	Mejora Eficiencia
Promedio Días Estada	5,4	5,2	5,1	Reducción de tiempos

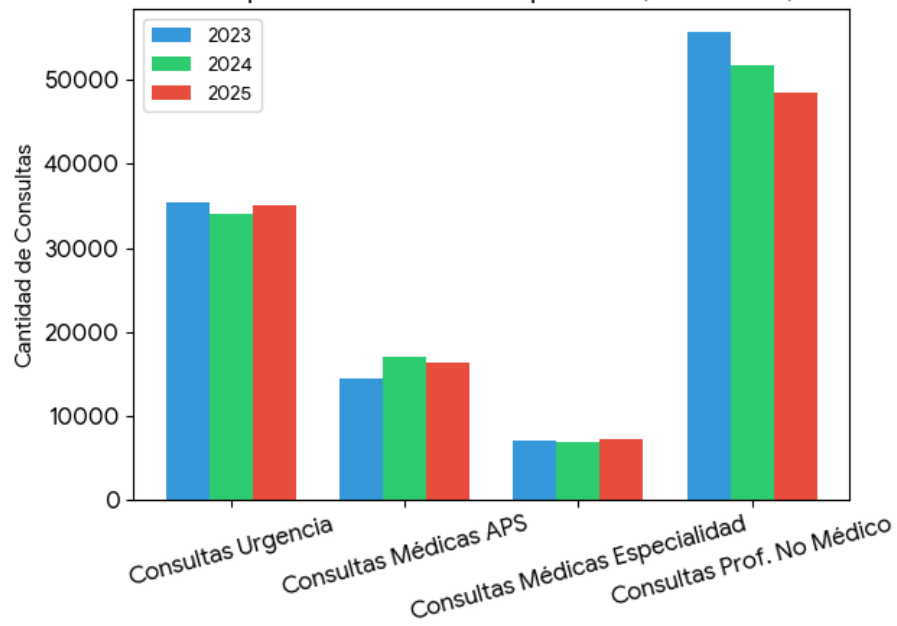
El análisis trienal muestra un hospital en **transformación estratégica**. Mientras que la atención primaria se ha estabilizado debido a la redistribución de la red comunal, áreas de mayor complejidad como **Especialidades (+9,6%)**, **Odontología (+15,4%)** y **Hospitalización Domiciliaria (+41,2% desde 2023)** han tenido crecimientos exponenciales. Esto posiciona al Hospital Santo Tomás de Limache como un centro de alta resolución y eficiencia dentro de la red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca.



Producción de Exámenes de Laboratorio (2023-2025)



Comparativa de Consultas por Año (2023-2025)



III. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN:

CUMPLIMIENTO METAS IAAPS 2025

Hospitales con Atención Primaria Adosada - Red SSVQP

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO Y PROPÓSITO DEL INFORME

El presente informe detalla el nivel de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) al cierre de diciembre de 2025 para el Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL). Con el fin de obtener una perspectiva sistémica y evaluar nuestro desempeño en el contexto de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca (SSVQP), se ha integrado un análisis comparativo con los otros establecimientos hospitalarios de baja complejidad que mantienen una administración de Atención Primaria (APS) adosada, principalmente los hospitales de Cabildo y Petorca.

Este análisis es fundamental para nutrir la Cuenta Pública y respaldar técnicamente la toma de decisiones respecto a la gobernanza y transición de los modelos de salud familiar en comunas con administración mixta (Hospital/Municipalidad).

2. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO IAAPS 2025 (NODOS CON APS ADOSADA)

La evaluación ponderada de las 17 metas del IAAPS refleja un esfuerzo sostenido de los equipos clínicos para mantener la continuidad del cuidado, a pesar de las tensiones propias de gestionar simultáneamente atención abierta y cerrada. A continuación, se consolida el cumplimiento de las metas más representativas del modelo MAIS, la resolutiveidad y la gestión de crónicos.

Indicador IAAPS (Eje Estratégico)	Limache (HSTL)	Cabildo (H. Dr. V.H. Moll)	Petorca (H. Petorca)	Cumplimiento Promedio Red
Meta 1: Autoevaluación MAIS	100%	100%	100%	Óptimo
Meta 4: % Derivación a Nivel Secundario (Meta $\leq 10\%$)	Cumple	9,8% (Cumple)	6,5% (Cumple)	Alta Resolutividad Local
Meta 5: Tasa Visita Domiciliaria Integral	100%	91,3%	100%	Satisfactorio
Meta 6.2: EMP Adulto Mayor 65+ años	100%	100% (Observado: 60,1%)	100% (Observado: 47,0%)	Óptimo
Meta 10: Cumplimiento Garantías GES APS	100%	100%	100%	Óptimo
Meta 14: Cobertura Diabetes Mellitus 2 (DM2)	100%	100%	98,4%	Brecha Marginal

Indicador IAAPS (Eje Estratégico)	Limache (HSTL)	Cabildo (H. Dr. V.H. Moll)	Petorca (H. Petorca)	Cumplimiento Promedio Red
Meta 16: Menores de 3 años libres de caries	85,2%	79,2%	100%	Crítico/Atención Odontológica

3. DESGLOSE DE DESEMPEÑO CLÍNICO POR EJES TEMÁTICOS

3.1. Eje de Resolutividad y Morbilidad (Metas 3 y 4)

La red de hospitales comunitarios demuestra una notable capacidad de contención en el primer nivel. Destaca transversalmente el cumplimiento de la Meta 4 (Derivación al nivel secundario), donde Cabildo (9,8%) y Petorca (6,5%) lograron mantener las derivaciones por debajo del umbral crítico del 10%. En el HSTL, este indicador se sostiene gracias a la priorización de consultorías médicas y la estabilización de los boxes de urgencia no respiratoria, absorbiendo patologías que históricamente colapsaban la derivación a los hospitales base (Hospital Biprovincial).

3.2. Eje de Prevención y Ciclo Vital (Metas 6.1, 6.2 y 7)

Se observa una recuperación en el tamizaje preventivo post-pandemia. La cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en adultos mayores de 65 años (Meta 6.2) alcanzó la meta del 100% de cumplimiento en las comunas evaluadas (con Cabildo logrando una cobertura observada del 60,1% sobre una meta del 59,1%). Sin embargo, existen **nudos críticos en la evaluación del Desarrollo Psicomotor (Meta 7)**, donde Petorca mostró un cumplimiento del 80,7% (observando un 79,1% de una meta del 98%). Esto refleja la dificultad histórica de los hospitales para realizar seguimiento extramural a población infantil, un ámbito donde el modelo DESAM suele tener ventajas comparativas de pertinencia territorial.

3.3. Eje de Gestión de Crónicos y Salud Mental (Metas 9, 14 y 15)

Es un logro institucional de la red que el cumplimiento del Régimen GES (Meta 10) sea del 100% en Limache, Cabildo y Petorca. Asimismo, las coberturas de Hipertensión (Meta 15) y Diabetes Mellitus 2 (Meta 14) rozan la totalidad del cumplimiento. En Salud Mental, las metas de cobertura (9.1), controles (9.2) y altas (9.3) se cumplieron a cabalidad, demostrando que los equipos de psiquiatría y psicología adosados están logrando dar alta clínica (sobre el 13% nacional) de forma efectiva.

4. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES ESTRATÉGICAS PARA EL HSTL

- **Consolidación del Rol Hospitalario:** El cumplimiento global del IAAPS demuestra que el HSTL y sus pares de la red SSVQP garantizan los estándares clínicos exigidos. Sin embargo, el esfuerzo administrativo de sostener estos indicadores compite directamente con la necesidad de expandir la complejidad de camas y la atención de especialidades secundarias.
- **Validación del Traspaso a Gestión Municipal:** Al observar indicadores que requieren alta inserción comunitaria (como la pesquisa odontológica temprana en Meta 16 o el desarrollo psicomotor en Meta 7, donde hay mayor variabilidad en la red), se constata empíricamente lo planteado en los diagnósticos de fragmentación: el modelo de Salud Familiar puro (vía DESAM) posee herramientas de seguimiento comunitario que superan la lógica biomédica intramural de un hospital.
- **Acción de Mejora Inmediata:** Se instruirá a las jefaturas de SOME y programas APS del HSTL a mantener una vigilancia semanal sobre las coberturas odontológicas (Meta 16) y la recuperación de controles de niño sano para cerrar el año calendario sin castigos financieros por ponderación IAAPS, asegurando la transferencia íntegra del per cápita.

IV. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN: CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS LEY 19.813 (AÑO 2025)

Hospitales con Atención Primaria Adosada - Red SSVQP

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO Y PROPÓSITO DEL INFORME

El presente informe consolida los resultados definitivos al cierre de diciembre de 2025 sobre el cumplimiento de los indicadores de impacto sanitario de la Ley N° 19.813 en la Atención Primaria de Salud (APS). Para obtener una evaluación integral y sistémica, se ha estructurado un análisis comparativo entre el Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL) y los demás hospitales de baja complejidad de la red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca que operan con APS adosada (Hospital Dr. Víctor Hugo Moll de Cabildo y Hospital de Petorca).

Este documento tiene el propósito de alimentar la pre-cuenta pública y respaldar técnicamente la toma de decisiones respecto a la optimización de los modelos de salud comunales.

2. DESEMPEÑO GLOBAL EN LA RED (TRAMO 1 DE ASIGNACIÓN)

Durante el periodo evaluado, la exigencia de las metas demostró la capacidad resolutive y el compromiso de nuestros equipos. A nivel global, los hospitales comunitarios con APS adosada superaron ampliamente el umbral del 90%, garantizando el Tramo 1 de la asignación de estímulo al desempeño colectivo.

- **Hospital Santo Tomás de Limache:** Alcanzó un cumplimiento ponderado final de **96,15%**.
- **Hospital Dr. V.H. Moll (Cabildo):** Registró un cumplimiento ponderado de **97,19%**.
- **Hospital de Petorca:** Mantuvo un rendimiento superior al 95%, asegurando también la máxima categorización.

3. ANÁLISIS TÉCNICO POR EJES DE IMPACTO SANITARIO

3.1. Eje de Desarrollo y Salud Infantil (Metas 1, 3A, 3B y 6)

- **Recuperación del Desarrollo Psicomotor (Meta 1):** El HSTL demostró una pesquisa e intervención temprana efectiva en sala de estimulación, manteniendo los estándares exigidos para la recuperación de niños de 12 a 23 meses con riesgo DSM.
- **Salud Bucal (Metas 3A y 3B):** Se cumplieron los objetivos del enfoque de riesgo odontológico (0 a 9 años) y la mantención de niños de 6 años libres de caries,

evidenciando un acople exitoso con las directrices preventivas CERO en toda la red.

- **Lactancia Materna Exclusiva (Meta 6):** Los equipos fortalecieron el fomento de la LME al sexto mes, afianzando el rol promotor materno-infantil.

3.2. Eje de Salud de la Mujer (Meta 2)

- **Cobertura PAP/Test VPH:** Este indicador estructural es desafiante bajo la administración mixta. Cabildo destacó con un ponderado de 12,08 sobre 12,5, y Petorca alcanzó los 12,31 puntos. En Limache, la cobertura se sostiene, pero el rescate activo de pacientes inasistentes requiere un despliegue socioterritorial constante.

3.3. Eje de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Metas 4A, 4B, 5 y 7) El componente crónico refleja la alta capacidad biomédica de los recintos adosados:

- **Compensación DM2 y Pie Diabético (Metas 4A y 4B):** La evaluación anual de pie diabético alcanzó la ponderación máxima (12,5%) en Petorca y Cabildo.
- **Hipertensión Arterial (Meta 5):** Se logró la compensación de presión arterial (<140/90 mmHg) requerida, asegurando la totalidad del puntaje (12,5) para Cabildo y un rendimiento sobresaliente en la red.
- **Tratamiento Asma y EPOC (Meta 7):** Se alcanzó la máxima ponderación (6,25%), certificando un control y seguimiento adecuado en la población a través de las salas de atención respiratoria IRA/ERA.

3.4. Eje de Participación Social (Meta 8)

- Los Consejos de Desarrollo en Salud elaboraron y ejecutaron sus planes operativos participativos, logrando el 100% de cumplimiento (6,25 puntos) en Limache, Cabildo y Petorca.

4. PROYECCIONES DIRECTIVAS

El logro del 96,15% en el cumplimiento del HSTL refleja una gestión clínica robusta y el esfuerzo articulado del equipo de Atención Primaria. Sin embargo, sostener estos indicadores preventivos y comunitarios desde un establecimiento diseñado para la resolución de atención cerrada conlleva tensiones transversales en la gobernanza y asignación del gasto.

Estos resultados, combinados con las brechas naturales en el despliegue extramural para metas preventivas (como el PAP y las visitas domiciliarias), validan técnicamente las propuestas en curso para la unificación de la APS comunal bajo la administración municipal (DESAM). Dicha transición permitirá que el Hospital optimice sus recursos hacia la atención de mayor complejidad, mientras el municipio expande el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria con pertinencia territorial.

V. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN: CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS LEY 18.834 (AÑO 2025)

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO DE EVALUACIÓN

El presente informe expone el análisis técnico y el nivel de cumplimiento de los indicadores asociados a las Metas Sanitarias de la Ley N° 18.834 para el Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL), al cierre del periodo evaluado a diciembre de 2025. Los resultados obtenidos son el reflejo del control de gestión continuo y evidencian la capacidad de respuesta de nuestra institución dentro del diseño de la red territorial, permitiendo identificar nudos críticos para la planificación estratégica del año 2026.

2. ANÁLISIS COMPARATIVO RED ASISTENCIAL SSVQP

A nivel de red, el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca presenta un alto estándar de consolidación en sus indicadores de gestión. El Hospital Santo Tomás

de Limache alcanzó un **94,51% de cumplimiento ponderado global**, situándose en una posición intermedia-baja dentro del ranking de establecimientos hospitalarios, superando al Hospital Dr. Gustavo Fricke (90,00%), pero evidenciando una oportunidad de mejora frente a los establecimientos de mayor cumplimiento.

La distribución del cumplimiento en la red hospitalaria y directiva del SSVQP al mes de diciembre de 2025 se estructuró de la siguiente manera:

- **C.G.P. Tarde / Dirección SSVQP / H. La Calera:** 100,00%
- **H. Quilpué:** 99,75%
- **H. Peñablanca:** 99,39%
- **H. Quintero:** 99,18%
- **H. Petorca:** 98,79%
- **H. Biprovincial Quillota-Petorca:** 98,15%
- **H. La Ligua:** 98,00%
- **H. Santo Tomás de Limache:** **94,51%**
- **H. Dr. Gustavo Fricke:** 90,00%

Esta brecha del 5,49% respecto al cumplimiento óptimo se explica por factores tensionantes específicos en la disponibilidad de recurso humano, lo que impactó DIRECTAMENTE EN LOS COMPONENTES DE CAPACITACIÓN TRANSVERSAL DE LA MATRIZ.

3. MATRIZ DE CUMPLIMIENTO HOSPITAL SANTO TOMÁS DE LIMACHE (HSTL)

A continuación, se detalla el desglose del nivel de logro por indicador aplicable a nuestra categorización hospitalaria:

N° Meta	Descripción del Indicador (Ley 18.834)	Ponderación	Nivel de Cumplimiento Logrado	Estado
Meta 4	Pacientes con indicación de hospitalización desde UEH que acceden a cama en < 12 horas ($\geq 85\%$).	20,0%	100,0%	Logrado

N° Meta	Descripción del Indicador (Ley 18.834)	Ponderación	Nivel de Cumplimiento Logrado	Estado
Meta 9	Pacientes con Catéter Urinario Permanente (CUP) que cumplen criterios de indicación médica ($\geq 85\%$).	10,0%	100,0%	Logrado
Meta 10	Disminución del exceso de estancias asociadas a outliers superiores.	15,0%	100,0%	Logrado
Meta 11	Ejecución del Plan Anual de mantenimiento preventivo (equipos, ambulancias, infraestructura).	10,0%	100,0%	Logrado
Meta 15	Personal clínico capacitado en temáticas asociadas a temas clínicos relevantes (7% dotación).	10,0%	72,5%	Brecha
Meta 16	Personal de salud capacitado en temáticas asociadas a temas transversales relevantes (7% dotación).	10,0%	75,0%	Brecha
Meta 17	Personal clínico directo con capacitación actualizada en RCP ($\geq 60\%$).	10,0%	95,0%	Logrado

N° Meta	Descripción del Indicador (Ley 18.834)	Ponderación	Nivel de Cumplimiento Logrado	Estado
Meta 18	Personal clínico capacitado en prevención y control de IAAS ($\geq 70\%$).	10,0%	100,0%	Logrado
Meta 19	Personal capacitado en seguridad de la atención ($\geq 80\%$).	5,0%	100,0%	Logrado
TOTAL	CUMPLIMIENTO PONDERADO FINAL HSTL	100,0%	94,51%	Aprobado

(Nota: Las metas 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 13 figuran como N/A para la cartera de servicios e indexadores de producción asignados a la actual complejidad de este establecimiento en la matriz 2025).

4. ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS Y ESTRATEGIA DE MEJORA

El análisis técnico de la matriz demuestra que el desempeño clínico puro y el control de flujos hospitalarios (como los tiempos de espera en UEH y el manejo de estancias prolongadas) se mantienen en niveles de excelencia (100%). El nudo crítico que mermó el puntaje global se concentra exclusivamente en las **Metas 15 y 16**, relativas a las coberturas de capacitación en temáticas clínicas y transversales.

La ejecución de la programación anual de capacitaciones se vio directamente obstaculizada por la falta de horas-funcionario disponibles y la oportunidad de la información, difusión y explotación de la oferta de capacitación de los funcionarios en las temáticas trazadoras. La necesidad de cubrir turnos para mantener la continuidad operativa asistencial impidió la liberación del personal hacia actividades de perfeccionamiento continuo.

5. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES 2026

El cumplimiento del 94,51% asegura los tramos de asignación correspondientes para nuestros funcionarios, situación muy distinta a los años anteriores donde no se

había alcanzado dicho estándar, lo cual es una resultante de la revisión y foco puesto en los procesos clínicos de atención del Hospital en todas sus líneas. Pero esto lejos de otorgar la conformidad, nos impone un desafío administrativo imperativo, ya que la fluctuación y alto nivel de rotación del recurso humano en las unidades por ausentismo es el factor subyacente que desestabiliza los indicadores de capacitación y como consecuencia, condiciona ciertos procesos clínicos de atención.

Por consiguiente, la Dirección del Hospital ya se encuentra implementando el **“Plan integral y Política para la gestión del ausentismo en unidades clínicas y administrativas críticas”**. La estabilización de nuestra dotación y la reducción de las tasas de licencias médicas permitirán recuperar la holgura necesaria para programar tiempos protegidos de capacitación. Esta medida de control de gestión, sumada al monitoreo riguroso a través de nuestras reuniones administrativas periódicas, proyecta al Hospital Santo Tomás de Limache hacia la recuperación del tramo de excelencia superior ($\geq 99\%$) para el ciclo 2026.

VI. PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HSTL AÑO 2026

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO Y MODELO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

El desarrollo del modelo de gestión de calidad del Hospital Santo Tomás se enmarca directamente en las líneas estratégicas institucionales definidas para los próximos años. Las acciones orientadas a la seguridad del paciente y a la mejora continua no se implementan de manera aislada, sino que se integran orgánicamente a la gestión organizacional para promover un profundo cambio cultural.

Este modelo se centra en la estandarización de procesos asistenciales y administrativos, en estricta concordancia con la normativa nacional de acreditación en salud. El fortalecimiento de estos estándares resulta fundamental para asegurar el cumplimiento de las normativas técnicas vigentes y consolidar el nivel de respuesta clínica de nuestro establecimiento dentro de la red territorial.

2. ÁMBITOS DE ACCIÓN Y OBJETIVOS OPERACIONALES

Para materializar este cambio cultural y operativo, el Programa de Calidad 2026 ha estructurado su ejecución en torno a ámbitos de acción prioritarios, definiendo responsabilidades claras para la Dirección, las Subdirecciones (Médica, Gestión del Cuidado, Gestión de Personas, Administrativa y APS) y las jefaturas de servicios clínicos:

- **Acreditación y Gestión Documental:** Se mantiene un monitoreo semestral del avance en el estándar general de acreditación, con la meta de lograr un 100% de cumplimiento en las características obligatorias aplicables y un 95% en las no obligatorias. Para asegurar este estándar, se realizarán al menos dos reuniones anuales de seguimiento y acompañamiento con los servicios o unidades priorizadas.
- **Gobernanza y Cultura de Calidad:** Se exige que el 100% de los servicios clínicos y unidades de apoyo mantengan resoluciones vigentes de nombramiento para los profesionales responsables de liderar la mejora continua. Asimismo, se consolida el funcionamiento del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, estableciendo la ejecución de al menos tres reuniones anuales (cuatrimestrales) para el seguimiento de los procesos de acreditación.
- **Vigilancia y Seguridad del Paciente:** El modelo de gestión clínica exige que el 100% de los eventos centinela reportados cuenten con un análisis estructurado y un plan de mejora documentado, considerando un plazo máximo de 7 días hábiles para la primera reunión de análisis desde el reporte. Semestralmente, se debe verificar que el 100% de estos planes de mejora priorizados mantengan un seguimiento vigente. Adicionalmente, se garantiza que el 100% de los indicadores de seguridad definidos por el MINSAL sean recepcionados, consolidados y reportados oportunamente.
- **Prevención y Control de Infecciones (IAAS):** El Programa IAAS se monitorea rigurosamente mediante la ejecución de al menos cuatro reuniones anuales del Comité IAAS y la exigencia de que el 100% de los reportes de vigilancia epidemiológica sean enviados y validados oportunamente a través de la plataforma SICARS.
- **Soporte Operativo y Mantenimiento Crítico:** Reconociendo la importancia de la infraestructura técnica para la atención segura, se establece la meta ineludible de mantener un 100% de cumplimiento semestral en el Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Críticos.
- **Regularización y Autorización Sanitaria:** Se fortalece el levantamiento de información sobre infraestructuras, exigiendo que el 70% de los proyectos o dependencias que requieren Autorización Sanitaria cuenten con información de seguimiento semestral reportada a la Unidad de Gestión de Calidad, identificando brechas y acciones necesarias para su regularización.

3. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

Para asegurar la eficacia del programa, el sistema de control se diseñó bajo una metodología de evaluación cuali y cuantitativa y de carácter acumulativo y retrospectivo. El nivel de éxito institucional se determina en base al cumplimiento de las metas operacionales descritas.

- **Criterio de Aprobación:** Se considerará que un objetivo específico —y el programa en su totalidad— se cumple de forma satisfactoria cuando se alcance un 90% de ejecución de las actividades programadas.
- **Periodicidad de Control:** Se realizarán evaluaciones parciales al término de cada semestre, culminando con una evaluación final al cierre del año operativo. Posterior a cada evaluación, se emitirá un informe formal a la Dirección del establecimiento que contendrá el análisis detallado del cumplimiento, permitiendo así realizar los ajustes clínicos y administrativos necesarios para la mejora continua.

VII. PLAN DE TRABAJO SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO HSTL AÑO 2026.

1. CONTEXTUALIZACIÓN:

En el marco del control de gestión institucional y la optimización de los flujos asistenciales, se ha analizado el Plan de Trabajo SDGC HSTL 2026. El presente informe desglosa los lineamientos estratégicos de la gestión clínica de enfermería, focalizándose en los indicadores, su alcance y los trazadores definidos para monitorear la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención durante el ciclo 2026.

2. GESTIÓN CLÍNICA Y CALIDAD ASISTENCIAL:

La SDGC ha estructurado metas orientadas a reducir la variabilidad clínica y estandarizar la atención, definiendo como alcance transversal a las unidades de Médico Quirúrgico (MQ), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), Pabellón y Hospitalización Domiciliaria (HD).

- **Proceso de Atención de Enfermería (PAE):** Se define como indicador trazador la instauración de planes de cuidados adaptados al perfil epidemiológico dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente, proyectando una meta del 100% de cobertura verificable a través del sistema TRAKCARE.
- **Auditoría de Registros Clínicos:** Para garantizar el cumplimiento metodológico del PAE y las normativas institucionales, se establece una meta mínima del 85% de cumplimiento en las auditorías de fichas clínicas.
- **Supervisión de Procedimientos:** Se exige que el 100% de las pautas de supervisión que evalúen bajo el umbral exigido deriven en un plan de intervención, capacitación o mejora documentado en un plazo máximo de 20 días.

3. CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y GESTIÓN DEL FLUJO DE CAMAS:

El despliegue de la continuidad de los cuidados se concentra fuertemente en el Servicio Médico Quirúrgico (MQ), buscando articular el tránsito seguro del paciente desde la UEH hasta su domicilio.

- **Entregas de Turno (Handover):** Se establecen dos indicadores críticos de traspaso de información. El primero exige que el 90% de las entregas utilicen la pauta estructurada SAER/SBAR y actualicen el PAE. El segundo exige que el 80% de estas entregas se ejecuten "a pie de cama", fomentando la participación del paciente consciente y orientado.
- **Categorización de Riesgo y Dependencia:** Como trazador esencial de la oportunidad de atención y asignación de camas, se establece el 100% de aplicación diaria del CUDYR en los pacientes hospitalizados en MQ.
- **Recuperación Funcional:** Se incorpora el monitoreo mensual del Índice de Barthel, estableciendo como meta que el 80% de los pacientes hospitalizados evidencie un resultado superior al egreso en comparación con su ingreso, validando la efectividad clínica de los cuidados prestados.

4. SEGURIDAD CLÍNICA Y MITIGACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:

En respuesta a los lineamientos ministeriales de seguridad, el plan aborda proactivamente la prevención, mitigación y el reporte sistematizado de eventos adversos.

- **Manejo Oportuno de Lesiones por Presión (LPP):** Se fija una meta del 100% para que todo paciente ingresado desde UEH a MQ con LPP reciba su primera curación en la urgencia. Este trazador es altamente estricto, ya que exige el respaldo fotográfico en la ficha clínica electrónica, el consentimiento informado firmado y el reporte en la plataforma IRSP como evento extrahospitalario.
- **Cultura de Calidad y Farmacovigilancia:** Se formaliza el nombramiento de referentes de calidad por cada servicio clínico y la elaboración del diseño instruccional de un Curso de Farmacología Clínica (a incorporarse en el PAC 2027), con el objetivo directo de disminuir los eventos adversos centinelas y aquellos asociados a errores de medicación.

5. CONCLUSIÓN Y SEGUIMIENTO DIRECTIVO:

El diseño del Plan de Trabajo de la SDGC 2026 refleja un estándar técnico robusto. Los indicadores propuestos instalan trazadores de calidad claramente medibles (SAER, PAE, CUDYR e IRSP) que tributan directamente a los ejes de mejora continua de nuestro recinto.

El control de gestión sobre estos trazadores se realizará a través de nuestras reuniones administrativas periódicas, en donde será fundamental correlacionar el éxito del actual plan de ausentismo del HSTL con la disponibilidad real de horas-funcionario para ejecutar estas mejoras en la continuidad del cuidado, sin impactar nuestra producción.

TABLERO DE MONITOREO DE TRAZADORES CRÍTICOS (SDGC 2026)

Para efectos de seguimiento directivo, los indicadores del plan se han agrupado en tres ejes rectores de la calidad asistencial:

Eje Estratégico	Indicador Trazador (Fórmula/Medición)	Meta 2026	Alcance (Servicios)	Impacto en Gestión Clínica
Gestión Clínica y Estandarización	Planes de cuidados PAE aplicados en primeras 24h desde ingreso.	100%	MQ, UEH, Pabellón, HD	Disminuye la variabilidad clínica y asegura abordaje basado en el perfil epidemiológico local.
Gestión Clínica y Estandarización	Auditorías de calidad de registro clínico (metodología PAE).	≥ 85%	MQ, UEH, Pabellón, HD	Respaldo médico-legal y estandarización del dato para análisis de producción.
Seguridad Clínica y Calidad	Planes de mejora/intervención generados en < 20 días tras pautas de supervisión (IAAS/Procedimientos) deficientes.	100%	MQ, UEH, Pabellón, HD	Corrección concurrente de desviaciones clínicas; cultura de prevención de IAAS.

Eje Estratégico	Indicador Trazador (Fórmula/Medición)	Meta 2026	Alcance (Servicios)	Impacto en Gestión Clínica
Seguridad Clínica y Calidad	LPP: 1era curación en UEH para ingresos a MQ (con foto clínica, consentimiento y reporte IRSP).	100%	UEH, MQ	Trazabilidad del evento adverso extrahospitalario; mitigación de morbilidad intrahospitalaria.
Continuidad del Cuidado (Flujo)	Aplicación diaria del instrumento CUDYR.	100%	MQ	Asignación eficiente de camas institucionales según categorización de riesgo/dependencia.
Continuidad del Cuidado (Flujo)	Entregas de turno (Handover) estructuradas con pauta SAER/SBAR + actualización PAE.	≥ 90%	MQ	Traspaso seguro de información crítica; minimiza riesgos en transiciones de cuidado.
Continuidad del Cuidado (Flujo)	Entregas de turno realizadas de manera presencial "a pie de cama".	≥ 80%	MQ	Involucramiento del usuario consciente en su proceso terapéutico.
Evaluación de Resultados	Pacientes con Índice de Barthel superior al egreso respecto al ingreso.	≥ 80%	MQ	Validador técnico de la efectividad clínica y recuperación funcional durante la estancia.

VIII. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN CLÍNICA: INFORME SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL HSTL AÑO 2025

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO ESTRATÉGICO

El presente informe expone los principales hitos, indicadores de desempeño y resultados de la gestión clínica del período 2025-2026 del Establecimiento. El accionar de la Subdirección Médica se ha orientado a consolidar el modelo de gestión asistencial y optimizar los procesos clínico-administrativos.

Este desarrollo se enmarca estrictamente en los lineamientos de la Norma Técnica N° 243 del MINSAL, asumiendo el desafío de ajustar la clasificación del establecimiento y potenciar su nivel de complejidad resolutive dentro del trabajo de la red territorial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota – Petorca y la CTT Marga - Marga.

2. HITOS RELEVANTES Y GESTIÓN DE LOGROS (2025)

- **Optimización de la Demanda y Urgencia:**
 - El Servicio de Urgencia registró una franca recuperación de la demanda, con 35.133 consultas totales durante 2025.
 - Se evidenció un fortalecimiento en la contención de morbilidad compleja, con un aumento del 78,6% en pacientes categorizados como C1 y un 53,5% en pacientes C2 respecto a 2023.
 - Las categorías C3 y C4 mantuvieron la mayor concentración de la demanda.
 - El fortalecimiento del proceso de *triage* y la mejora en la capacidad de respuesta se tradujeron en una reducción significativa de la tasa de abandono, la cual disminuyó de un 12,79% en 2024 a un 9,4% en 2025.
- **Eficiencia Hospitalaria y Gestión de Casos (GESCAS):**
 - Se materializó un incremento del 9,4% en los egresos hospitalarios, alcanzando un total de 1.463 casos en 2025.
 - La ocupación promedio se mantuvo equilibrada en un 75,28% sobre una dotación de 57 camas.
 - El promedio de días de estada se estabilizó en 11,09 días, fuertemente influenciado por el perfil de pacientes sociosanitarios de larga estadía.



- El porcentaje de egresos en relación con las camas de dotación de servicios médico-quirúrgicos adulto subió del 5,9% al 9%.
- El porcentaje de letalidad intrahospitalaria cerró en un 10,80%.

- **Nivelación Resolutiva en Pabellón y Especialidades:**

- La utilización de los pabellones en horario hábil aumentó progresivamente desde un 60,4% en 2024 a un 70,8% durante 2025.
- Se alcanzó un total de 399 intervenciones quirúrgicas, focalizando el trabajo en una programación efectiva y procedimientos de mayor complejidad.
- En el ámbito ambulatorio, se realizaron 3.563 consultas de especialidad médica.
- Traumatología Adulto representó el polo de mayor actividad, concentrando el 86,9% de las consultas nuevas.

3. DESAFÍOS 2026: CONSOLIDACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN Y NORMA TÉCNICA Nº 243 MINSAL

La proyección para el año 2026 apunta a consolidar los estándares de calidad, oportunidad y seguridad, escalando la capacidad resolutiva del establecimiento según los criterios de clasificación hospitalaria de la Norma Técnica 243. Para sostener el incremento en la producción y la eficiencia hospitalaria, resultará imperativo garantizar la continuidad operativa de los equipos clínicos y administrativos, mediante la aplicación rigurosa de protocolos de gestión de ausentismo y política interna de gestión de personas.

Los desafíos estratégicos para el período incluyen:

- **Desarrollo de Nuevas Carteras de Servicio:** El principal hito para 2026 será la puesta en marcha de la Unidad de Procedimientos Gastroenterológicos (Endoscopia – Colonoscopia). Esta apertura incrementará sustancialmente la capacidad diagnóstica local, absorbiendo la demanda directa de los usuarios de Limache y Olmué y mitigando las derivaciones de estudios endoscópicos hacia nodos de mayor complejidad. Se espera avanzar para que el año 2027, el Hospital sea el establecimiento de destino para estos procedimientos de apoyo diagnóstico, para la APS de toda la provincia de Marga – Marga.
- **Gestión del Flujo y Reducción de Listas de Espera:** Minimizar las suspensiones de tabla quirúrgica por causas evitables, impulsar la cirugía menor y la cirugía mayor ambulatoria, e intervenir activamente las listas de espera locales.

- **Mejora Continua de Indicadores de Hospitalización:** Incrementar la rotación de camas para acercar la tasa de egresos a la meta ministerial del 15% y establecer estrategias para destrabar estancias prolongadas.
- **Soporte Clínico:** Ejecutar el plan de regularización y reestructuración de las unidades de Laboratorio y Farmacia. Estas acciones optimizarán los flujos normativos internos, asegurando un estándar transversal para el soporte de la actividad clínica en cumplimiento de las regulaciones vigentes.

IX. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN CLÍNICA: INFORME SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA HSTL AÑO 2025

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO ESTRATÉGICO DE LA GESTIÓN ASISTENCIAL

La Subdirección de Atención Primaria de Salud (APS) del Hospital Santo Tomás de Limache (HSTL) ha focalizado su accionar durante el período evaluado en la implementación y fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Las estrategias se han centrado en la transversalización de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), promoviendo un modelo de gestión clínica basado en procesos, orientado a la eficiencia, la continuidad del cuidado y la articulación de la red comunal.

2. HITOS RELEVANTES Y GESTIÓN DE LOGROS (PERÍODO 2025 - 2026)

En el ámbito de la producción sanitaria y la accesibilidad territorial, la gestión evidencia los siguientes logros:

- **Sectorización y Responsabilidad Sanitaria:** Se implementó y organizó la atención territorial en dos sectores sanitarios (Pukará con 46,7% y Ayllú con 53,3%), favoreciendo una distribución equitativa de los recursos y la planificación sanitaria. Para el año 2025, se registró una población inscrita estimada de 16.324 usuarios, lo que exige una constante actualización del modelo de cabecera.
- **Equidad y Acceso en Zonas Rurales:** Se fortalecieron las Estaciones Médicas Rurales (EMR) en Los Maitenes, Tabolango y Los Laureles, consolidando 35 jornadas durante 2025 que generaron 1.680 atenciones clínicas, respaldadas por una Clínica Móvil Médico-Dental en coordinación con la APS Municipal.
- **Estrategias de Participación y Promoción:** Se ejecutaron acciones de participación social integral con enfoque de derechos, interculturalidad y pertinencia territorial, destacando 11 reuniones del Consejo Consultivo, 19

programas radiales de salud y el desarrollo de la Semana del Patrimonio para el rescate de la identidad institucional.

- **Cobertura de Programas Clínicos y Domiciliarios:** Se garantizó la continuidad del cuidado con 108 usuarios bajo control en el Programa de Dependencia Severa y 235 usuarios en Cuidados Paliativos (a inicios de 2026). En paralelo, las estrategias de inmunización superaron las expectativas, logrando una cobertura del 158,4% en la Campaña Influenza y sobre el 93,9% en las diversas líneas de la campaña escolar.
- **Articulación de la Red Comunal:** Se ejecutaron convenios de resolutiveidad con la APS Municipal para la provisión de ecografías y mamografías, mientras que el HSTL garantizó el acceso a radiografías y atención oftalmológica, optimizando la capacidad de respuesta de ambos niveles de atención.
- **Transformación Digital (Telesalud):** El HSTL logró el hito de convertirse en el primer establecimiento hospitalario del país habilitado para implementar la Estrategia Nacional de Telesalud, iniciando sus operaciones el 23 de marzo de 2026. La plataforma absorbió rápidamente la demanda, con un pico de 383 registros en abril de 2026, logrando que el 66,71% de los cierres fueran resueltos por profesionales médicos.
- **Gestión de Lista de Espera Ambulatoria:** Durante 2025 se gestionaron 6.632 interconsultas, logrando resolver 4.461. Se cumplieron las metas institucionales de reducción de tiempos de espera para Consultas Nuevas de Especialidad (mediana de 47 días) e Intervenciones Quirúrgicas (mediana de 121 días).

3. IMPLEMENTACIÓN TELESALUD

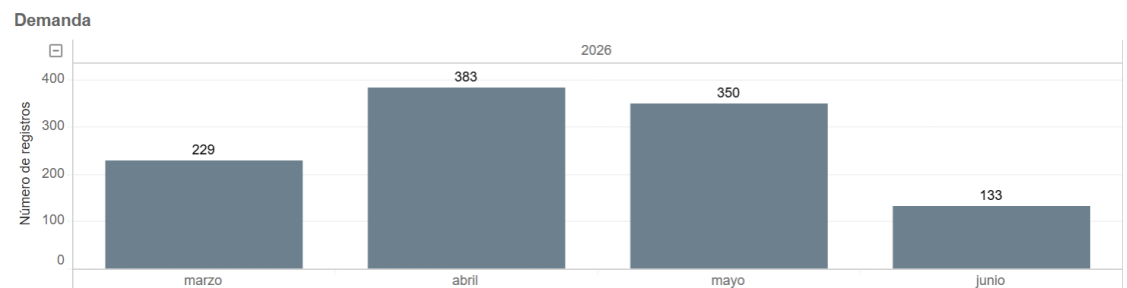
Durante el año 2025, el Hospital de Limache desarrolló un trabajo sistemático orientado a generar las condiciones necesarias para la implementación de la Estrategia TELESALUD, iniciativa impulsada por el Ministerio de Salud para fortalecer la gestión remota de la demanda y mejorar el acceso de la población a las prestaciones de Atención Primaria de Salud.

Las acciones realizadas incluyeron la planificación y coordinación institucional, la capacitación de los equipos de salud en el uso de la plataforma y sus flujos de atención, así como la revisión y adecuación de procedimientos internos, definición de roles y evaluación de requerimientos técnicos para su implementación.

Este proceso permitió fortalecer las capacidades organizacionales y sentar las bases para la puesta en marcha de la estrategia, constituyendo un avance relevante en la modernización institucional y posicionando al Hospital Santo Tomás de Limache como el primer establecimiento hospitalario del país habilitado para implementar la Estrategia TELESALUD.

La implementación inició el 23 de Marzo de 2026, es posible realizar una evaluación preliminar de sus resultados y principales avances.

Gráfico1. Demanda de solicitudes por Telesalud



La información correspondiente a junio considera un período de registro parcial, por lo que los datos presentados no son comparables con los meses completos anteriores.

Gráfico 2. Demanda por rangos etarios

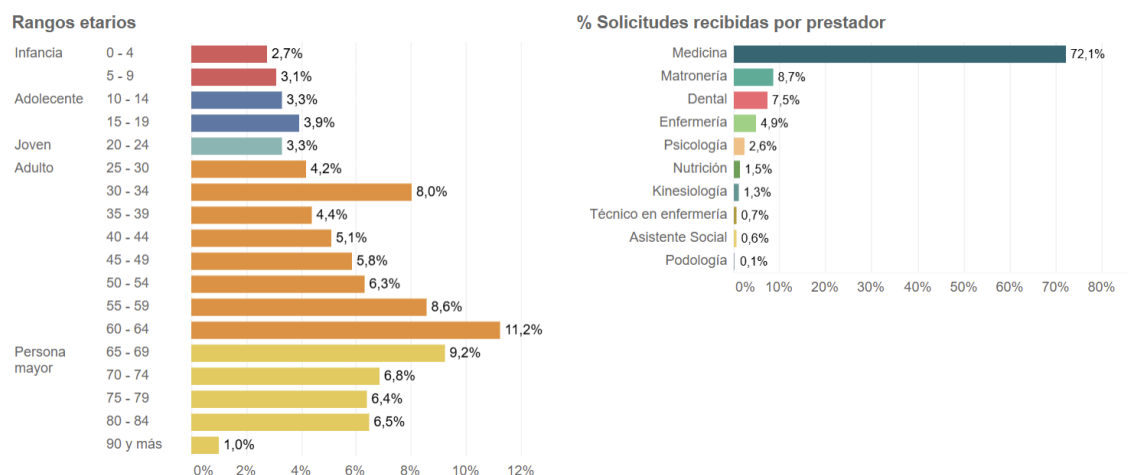
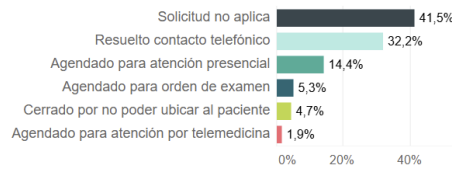
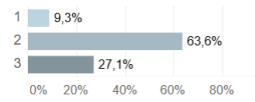


Gráfico 3. Gestión de demanda. Cierre por prestador.

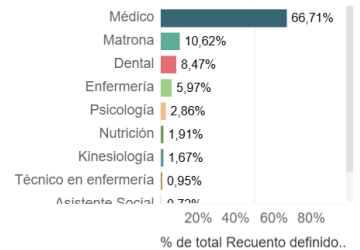
% Tipos de cierres



% Prioridades



% Cierres por prestador



Conclusión:

La implementación de la Estrategia ha representado un avance significativo en el proceso de transformación digital y modernización de los modelos de atención, permitiendo incorporar nuevas herramientas para la gestión remota de la demanda y fortaleciendo el acceso oportuno de la población.

4. DESAFÍOS 2026: CONSOLIDACIÓN DEL MODELO Y NIVELACIÓN RESOLUTIVA

Con el propósito de dar cumplimiento a los estándares de clasificación, articulación de la red y capacidad de respuesta exigidos en la Norma Técnica N°243, los ejes estratégicos proyectados para el año 2026 son:

- Consolidar la Estrategia de Telesalud como una herramienta estructural y permanente para la gestión remota de la demanda y la resolución clínica integral.
- Profundizar en la reducción de los tiempos de espera de la atención ambulatoria, aplicando planes de mejora específicos para revertir las brechas en la Consulta Nueva Odontológica, cuya mediana de espera alcanzó los 135 días.
- Fortalecer la nivelación de la capacidad resolutive de la Atención Primaria, optimizando los mecanismos de coordinación y los flujos de derivación dentro de la red asistencial comunal.
- Actualizar la sectorización poblacional en función del crecimiento demográfico y las características de vulnerabilidad sociosanitaria, ajustando la organización del MAIS a la realidad del territorio.
- Optimizar los sistemas de información institucionales para asegurar un monitoreo clínico y administrativo integrado, que permita la toma de decisiones oportunas y basadas en evidencia.
- Asegurar la continuidad del trabajo intersectorial y comunitario, fortaleciendo el rol preventivo del modelo y la mejora constante en la gestión de programas domiciliarios.

- Afianzar la transversalización operativa de la ECICEP dentro de las dinámicas del HSTL, alineando los protocolos locales a las normativas vigentes del Ministerio de Salud.

X. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVO - FINANCIERA: INFORME SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA HSTL AÑO 2025

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO Y MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Durante el ejercicio 2025, la Subdirección Administrativa del Hospital Santo Tomás de Limache ha desplegado diversas acciones orientadas a optimizar la gestión de los recursos físicos, financieros e informáticos. La estrategia directiva se fundamentó en garantizar el correcto funcionamiento del establecimiento, propiciar el uso eficiente de los recursos y asegurar la continuidad ininterrumpida del servicio clínico e institucional.

Estos esfuerzos se alinean orgánicamente con los requerimientos operativos exigidos para el trabajo en red territorial, consolidando la capacidad logística y resolutive del recinto.

2. CUMPLIMIENTO DE LA PLANIFICACIÓN FINANCIERA Y EFICIENCIA DEL GASTO

El control del ejercicio presupuestario evidenció un alto grado de rigor técnico, logrando absorber las presiones financieras proyectadas para el período:

- **Ejecución de Remuneraciones (Subtítulo 21):** Al cierre del mes de diciembre, se alcanzó una ejecución del 100% del presupuesto anual asignado por resolución. La gestión integral logró mitigar el impacto derivado de las variaciones operativas, logrando absorber con éxito las presiones generadas por el componente variable de las remuneraciones.
- **Bienes y Servicios de Consumo (Subtítulo 22):** Se materializó una ejecución del 99,99% del presupuesto anual. Este nivel de cumplimiento demuestra una adecuada capacidad de contención ante el incremento de los gastos operativos, principalmente los asociados a los servicios básicos, contratos de mantenimiento e insumos clínicos de primera necesidad.
- **Gestión de Pasivos y Deuda Operacional:** La deuda operacional total acumulada al cierre de diciembre se contuvo eficientemente en \$28,7 millones. Como principal indicador de liquidez y eficiencia administrativa, esta obligación se encuentra concentrada mayoritariamente en el tramo de hasta 30 días, lo que evidencia una gestión de pagos oportuna, mejorando significativamente el comportamiento institucional respecto de los meses anteriores al evitar el arrastre de deuda histórica.

Ítem Presupuestario	Gasto Devengado (M\$)	Participación por Subtítulo
SUBTÍTULO 21: REMUNERACIONES	\$9.397.071	100%
- Remuneraciones Variable	\$3.966.748	42,2%
- Remuneraciones Personal no Médico	\$3.436.780	36,6%
- Remuneraciones Personal Médico	\$1.993.544	21,2%
SUBTÍTULO 22: BIENES Y SERVICIOS	\$2.197.068	100%
- Gastos Indirectos (Servicios básicos, arriendos, mantención)	\$1.337.719	60,9%
- Gastos Directos (Fármacos, insumos clínicos, químicos)	\$859.349	39,1%

Tramo de Antigüedad	Monto Devengado (M\$)	Distribución Porcentual
Deuda hasta 30 días	\$26.735	93,3%
Entre 31 y 45 días	\$1.791	6,2%
Entre 121 y 150 días	\$133	0,5%
Total Deuda Diciembre	\$28.659	100%

3. SOPORTE LOGÍSTICO, ABASTECIMIENTO E INFRAESTRUCTURA

El aseguramiento de la cadena de valor intrahospitalaria se abordó mediante procesos transparentes, tecnológicos y de alta capacidad de respuesta:

- **Abastecimiento Estratégico:** Durante el último mes se emitieron 63 órdenes de compra para sostener la operación del hospital. De este total, la provisión se garantizó mediante 34 convenios de suministro por licitación, 23 compras ágiles y 6 operaciones vía Convenio Marco, asegurando así la oportunidad y continuidad en la entrega de insumos vitales.
- **Infraestructura y Servicios Generales:** La cartera de proyectos de infraestructura y adecuación de espacios presentó un alto nivel de cumplimiento. La gran mayoría de las iniciativas estratégicas cerraron su ejecución al 100%, mientras que un segmento menor culminó en etapa final (90%). Complementariamente, el sistema de control de solicitudes de mantenimiento mediante plataforma de órdenes de trabajo con código QR demostró ser altamente eficiente, registrando 927 requerimientos acumulados en el año y logrando una tasa general de cumplimiento del 82%.

Área de Mantenimiento	% Ejecución Preventiva Lograda	% Sobre-ejecución Correctiva	Gasto Correctivo Ejecutado (\$)
Flota de Móviles / Ambulancias	38%	348%	\$36.844.244
Equipos Médicos	95%	302%	\$8.441.866
Equipos Industriales	77%	178%	\$9.850.796

4. ÁREAS EMERGENTES Y PRINCIPALES LÍNEAS DE DESARROLLO

El análisis exhaustivo del desempeño 2025 revela desafíos estructurales que obligan a recalibrar la planificación estratégica y técnica de la Subdirección de cara a los próximos desafíos:

- **Transición Hacia un Modelo de Mantenimiento Preventivo:** Los indicadores de gestión revelan una presión financiera significativa y alta dependencia del mantenimiento correctivo. En la flota de movilización, el mantenimiento preventivo ejecutó solo el 38% de lo programado, en contraste con una severa sobre-ejecución correctiva del 348%. Este patrón de contingencia técnica se replicó en los equipos médicos (sobre-ejecución correctiva del 302%) y en los equipos industriales (178%). Como línea de desarrollo prioritaria, se exige la formulación de una planificación 2026 basada en criterios de criticidad, evaluación del ciclo de vida de los activos y mitigación temprana de fallas para reducir la exposición del presupuesto.
- **Gestión del Capital Humano y Control del Ausentismo:** Para maximizar la eficiencia y rendimiento del Subtítulo 21, se erige como área emergente la estructuración de protocolos de contención y planes formales de manejo del ausentismo. Asegurar la dotación efectiva en todas las unidades es vital para sostener la producción clínica de los equipos sin incurrir en estrés financiero producto del sobreuso de horas extraordinarias o suplencias de reemplazo prolongadas.
- **Articulación Territorial y Optimización del Financiamiento:** La estrategia financiera deberá integrar el análisis exhaustivo de los marcos de financiamiento macro y las proyecciones de los indexadores presupuestarios. Comprender la evolución de estos flujos de ingreso es fundamental para programar la caja del próximo ejercicio. Asimismo, la capacidad instalada y la gestión clínica seguirán requiriendo ajustes orgánicos en función de las normas técnicas de clasificación hospitalaria, garantizando que el diseño operativo responda cabalmente a los compromisos trazados en el plan de trabajo CTT Marga Marga y consolide la respuesta del establecimiento dentro de la red.

XI. INFORME TÉCNICO DE GESTIÓN: BALANCE DE BANCO INTEGRADO DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA HSTL (PERÍODO 2024 - 2026)

MATERIA: Estado de avance de obras ejecutadas (Periodo 2024-2025) y programación física de la cartera de proyectos para el ciclo 2026.

1. INTRODUCCIÓN Y RESUMEN EJECUTIVO

El presente reporte expone el estado de situación del Banco de Proyectos de Infraestructura y Conservación del Hospital Santo Tomás de Limache. La planificación estratégica de la planta física ha estado orientada de manera sistemática a la optimización de los espacios clínicos subutilizados, el reforzamiento de las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, junto a la resolución de brechas estructurales del establecimiento.

A través de un enfoque matricial, las obras ejecutadas recientemente y la cartera proyectada para el año 2026 responden a criterios de eficiencia ocupacional (mitigando el impacto de áreas con baja densidad diagnóstica, como el bloque gineco-obstétrico histórico) y de adaptabilidad funcional, asegurando la continuidad operativa del establecimiento bajo estándares de calidad y seguridad asistencial.

2. BALANCE DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA MATERIALIZADOS Y EN PROCESO (PERÍODO 2024 - 2025)

De acuerdo con el balance consolidado de las cuentas públicas operacionales y las mesas de desarrollo locales, se ha culminado con éxito la ejecución física y habilitación clínica de los siguientes proyectos de inversión y mitigación:

- **Mitigación y Expansión Estructural de la Urgencia:** Habilitación e integración de la infraestructura total en modalidad modular, permitiendo la ampliación y armonización arquitectónica del Servicio de Urgencia para absorber las contingencias de demanda de la red. PROYECTO PRIORIZADO PARA AVANZAR EN LA ÚLTIMA ETAPA
- **Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):** Construcción y habilitación de la primera UAPO hospitalaria de la red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca (SSVQP), consolidando un polo formativo y resolutivo institucional. ACTUALMENTE PRIORIZAR SU TÉRMINO PARA AUTORIZACIÓN SANITARIA Y PUESTA EN MARCHA.
- **Optimización de Unidades de Apoyo Crítico:**
 - Ampliación de la planta física de la Unidad de Farmacia para optimizar los flujos de almacenamiento y dispensación.
 - Ampliación y adecuación de la Unidad de Laboratorio Clínico.
 - PROYECTOS EN PROCESO DE AVANCE QUE DEBEN SER CULMINADOS DURANTE EL AÑO 2026.
- **Infraestructura de Apoyo Comunitario y Calidad de Vida:**
 - Construcción y puesta en marcha de la Sala de Estimulación Temprana.
 - Habilitación del nuevo Club Escolar para hijos de funcionarios.
 - Construcción e infraestructura de la nueva Bodega de Almacenamiento y Dispensación para los Programas Alimentarios (PNAC/PACAM). PROYECTO EN PROCESO DE AVANCE QUE DEBE SER CULMINADO DURANTE EL AÑO 2026.
- **Diseño de Seguridad Perimetral:** Culminación de la fase de diseño técnico para las obras del nuevo cierre perimetral de los terrenos del establecimiento.

3. PROGRAMACIÓN FÍSICA DE LA CARTERA DE PROYECTOS - CICLO 2026

La planificación física para el ciclo 2026 se encuentra estructurada mediante un cronograma de ejecución trimestral, focalizado en la reconversión de áreas del servicio de Maternidad (dada su baja ocupación histórica registrada en las auditorías de producción), para potenciar especialidades de alta demanda y optimizar indicadores de ocupación y de eficiencia hospitalaria en Servicio MQ.

Primera Prioridad 2026 (Fase de Culminación e Instalaciones Industriales)

- **Polo Gastroenterológico (Fase I):** Reconversión arquitectónica de la antigua Sala de Partos del hospital para la habilitación de la nueva Sala de Procedimientos de Endoscopia y Colonoscopia.
 - *Redireccionamiento de Flujos:* Para viabilizar este pabellón, se reestructurará el servicio de Maternidad. Una sala de hospitalización obstétrica absorberá transitoriamente la Observación de la Urgencia Gineco-Obstétrica (UEGO). A su vez, el espacio liberado de la antigua Observación UEGO se transformará en área de Preparación y Recuperación de Pacientes Gastroenterológicos, asegurando flujos de atención diferenciados.
- **Sustentabilidad de Sistemas Térmicos:** Conexión y acople de la Planta de Ósmosis Inversa directamente a la central de Calderas, optimizando el tratamiento físico-químico ante aguas duras y prolongando la vida útil del equipamiento industrial.
- **Proyecto MEL (Mejoramiento del Entorno Laboral):** Remodelación integral del Auditorio institucional, incorporando amplificación, revestimiento, equipos multimedia y la renovación completa de los sistemas de luminarias eficientes. Se suma la habilitación de segunda puerta de acceso para cumplir con medidas básicas de seguridad ante sismos o eventos que requieran control y evacuación segura del sector.
- **Servicio de Alimentación y Nutrición (SAN):** Intervención estructural y adecuación normativa de las áreas de producción del servicio de alimentación.

Segunda Prioridad 2026 (Recomposición de Residencias y Áreas de Cuidado)

- **Residencia Conductores Ambulancia:** Reasignación y habilitación de la Residencia para Personal de Conductores de Ambulancia. El desalojo de su espacio original permite el traslado inmediato de la Residencia de Técnicos en Enfermería (TENS) del Servicio de Medicina 1.
- **Reconversión Quirúrgica de Adultos (Fase I):** Propuesta de conversión de la antigua Residencia TENS Medicina I en una nueva Sala de Hospitalización de cuidados básicos de adultos, expandiendo la dotación de camas del bloque médico-quirúrgico.
- **Acondicionamiento Obstétrico y Neurodesarrollo:**
 - Obras de techado, habilitación y paisajismo en el Patio de Luz del ala de Maternidad.
 - Habilitación del Box Clínico de Atención Especializada para pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en sector sala de espera UEGO.
 - Habilitación de la nueva Sala de Espera exclusiva para la Unidad de Emergencia Gineco-Obstétrica (UEGO) acorde a las nuevas líneas de trabajo y transversalización de las prestaciones ginecoobstétricas del Hospital.

Tercera Prioridad 2026 (Ampliación Quirúrgica y Bloque de Rehabilitación Definitivo)

- **Unidad de Curaciones Avanzadas:** Ampliación física de la Sala de Procedimientos, adicionando un área administrativa exclusiva para el registro clínico computarizado y un Box de Podología.
- **Proyecto Definitivo Unidad de Rehabilitación HSTL:** Traslado total de las dependencias de rehabilitación hacia el pasillo inicial del Servicio de Medicina, consolidando su integración física con el ala de Maternidad. El diseño arquitectónico contempla:
 - Conexión estructural de tres salas clínicas mediante un pasillo techado sobre el patio interior.
 - Habilitación de servicios higiénicos accesibles para pacientes con movilidad reducida y oficinas de gestión administrativa.
 - Ampliación de los pasillos de circulación interna, dimensionados específicamente para el emplazamiento y uso seguro de los equipos y mobiliario de rehabilitación.
- **Habilitación de Camas de Aislamiento Clínico:** Intervención técnica del área antigua de Kinesiología para su reconversión en un Bloque de Hospitalización y Aislamiento. El proyecto estructural contempla la habilitación de servicios higiénicos independientes y la compartimentación de **4 unidades de aislamiento individual (4 camas de aislamiento)** con barreras físicas de bioseguridad.
- **Habilitación de la ex-Sala de Estimulación:** Reconversión arquitectónica del espacio para ser incorporado como Sala de Hospitalización Básica Adicional.

Cuarta Prioridad 2026 (Redes de Soporte Crítico)

- **Normalización de Red de Gases Clínicos:** Proyecto de ingeniería para la modernización e instalación de la red centralizada de Oxígeno (O₂) y Aire Medicinal dentro de la Unidad de Pabellón. La obra civil proyecta la dotación de 4 puntos de red central independientes en la Sala de Recuperación Anestésica, disminuyendo la dependencia de cilindros de transporte y aumentando la seguridad del paciente crítico.

4. MACROPROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: NORMALIZACIÓN DE URGENCIA

Paralelamente a las carteras locales, se mantiene el monitoreo del macroproyecto estratégico de largo plazo para el establecimiento:

- **Proyecto "Normalización Unidad de Emergencia Hospital Santo Tomás de Limache" (Código BIP 30045490-0):**
 - *Estado Actual:* Fase de Anteproyecto / Diseño Técnico. Cuenta con la pertinencia técnica sectorial aprobada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.
 - *Lineamiento Arquitectónico:* El diseño rompe la lógica de crecimiento modular disperso y apuesta por la compacidad mediante un modelo de "hospital horizontal". Se estructuró bajo un plan constructivo rígido para



independizar las faenas clínicas de las no clínicas, resguardando la continuidad de la atención.

- *Dimensionamiento:* El Programa Médico Arquitectónico (PMA) incrementa la superficie útil de la Urgencia desde los 656 m² originales a una planta proyectada de **904 m²**, ordenando las circulaciones en torno a un pasillo público principal. El programa definitivo incorporará boxes de reanimación, categorización (ESI), salas de observación con altos estándares normativos, procedimientos, y boxes diferenciados para atención respiratoria (IRA/ERA), de adultos, pediátrica y gineco-obstétrica.

5. CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS HITOS DE GESTIÓN

El cumplimiento de este cronograma del Banco de Proyectos dota al Hospital Santo Tomás de Limache de una infraestructura flexible y eficiente. La reconversión de espacios subutilizados hacia áreas de hospitalización de adultos y unidades especializadas (como el Polo Gastroenterológico) permite responder con rigurosidad técnica a los cambios epidemiológicos de nuestra población asignada y la concordancia del Plan Operativo de Gestión y la Norma Técnica 243 del MINSAL (2025) respecto a la nuevo diseño clínico y clasificación de los Establecimientos Hospitalarios.

Los próximos hitos críticos de la Unidad de Proyectos se concentrarán en la materialización del cronograma y la búsqueda activa de líneas de financiamiento sectorial o externo con apoyo técnico de la Dirección del SSVQP.

XII. INFORME Y RESPUESTAS A LAS CONSULTAS EMAMADAS DE LA CUENTA PÚBLICA PARTICIPATIVA, GESTIÓN 2025 DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS DE LIMACHE

¿CUÁLES CONSIDERA QUE SON LOS PRINCIPALES <u>DESAFÍOS O ASPECTOS QUE NUESTRO HOSPITAL DEBE MEJORAR</u> DURANTE EL PRÓXIMO PERÍODO?	SI DESEA REALIZAR ALGÚN <u>COMENTARIO, SUGERENCIA, OBSERVACIÓN O PREGUNTA A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DE LIMACHE</u> , ESCRÍBALA A CONTINUACIÓN.	RESPUESTA DEL DIRECTOR
Que los directivos sean elegidos por concurso público y sea la meritocracia lo que defina su selección y no el nepotismo		El director del servicio de salud tiene la potestad de realizar el nombramiento de un director de hospital por medio de un instrumento público denominado resolución. No obstante, toda vez que se resuelva el concurso de alta dirección pública de director/a del servicio de salud Viña del Mar - Quillota - Petorca, se debe continuar con los concursos de director/a por alta dirección pública de los hospitales de la red que se encuentran con subrogancias, tanto para cargos directivos como de las subdirecciones que corresponda, que deben ser nombradas por un proceso de reclutamiento y selección.
Incorporación de Inteligencia Artificial para mejorar gestión de	Cuando se construirá la posta rural para Los Laureles y el CESFAM	Lo relacionado a la posta rural Los Laureles y el CESFAM para el sector San Francisco de Limache dependen directamente de la dirección de Atención Primaria de Salud del

atención y disminuir listas de espera	para San Francisco de Limache	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota - Petorca, coordinando con el departamento de Salud de Limache. Sin embargo, canalizaremos su inquietud de manera interna a la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota – Petorca.
	Más capacitación para el Personal.	Estimada Rosa, todos los años se genera un Plan Anual de capacitación tanto para los funcionarios de la ley médica (19.664) como para funcionarios de la ley 18834. Esta plan abarca diversas temáticas que refuerzan las necesidades detectadas para nuestro personal.
Principal desafío es seguir avanzando con la infraestructura de pabellón ya que será un gran aporte para reducir listas de espera.	Como Organización Revivir, nos gustaría saber más del programa Chile Crece Contigo y poder conocer la nueva sala de estimulación sensorial.	El hospital cuenta con una Sala de Estimulación perteneciente al programa Chile Crece Contigo (CHCC), la cual tiene un enfoque preventivo y está destinada a niños y niñas desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses y 29 días de edad que han presentado alteraciones en las evaluaciones del desarrollo psicomotor, así como a aquellos que presentan riesgo biopsicosocial. Es importante destacar que, de acuerdo con las Orientaciones Técnicas del programa Chile Crece Contigo, la Sala de Estimulación CHCC no corresponde a una sala de integración o estimulación sensorial. Su propósito es realizar intervenciones tempranas para favorecer el desarrollo integral de niños y niñas con alteraciones o riesgo en su desarrollo, mediante actividades terapéuticas y de estimulación acordes a sus necesidades, dentro de un modelo preventivo y de promoción del desarrollo. En ese sentido, la consulta realizada por la Agrupación Revivir hace referencia a una Sala de Estimulación Sensorial, recurso con el que actualmente nuestro establecimiento no cuenta. Si bien disponemos de una Sala de Estimulación, esta no posee el equipamiento específico necesario para desarrollar intervenciones de integración sensorial. No obstante, durante este año se incorporaron horas de atención de fonoaudiología, fortaleciendo la oferta de prestaciones del establecimiento. Asimismo, sostuvimos una reunión con

		SDAPS y el equipo de Participación con el objetivo de evaluar la posibilidad de postular a un fondo de financiamiento que permita implementar una Sala de Estimulación Sensorial y adquirir el equipamiento necesario para su funcionamiento. De igual forma, como equipo del Programa Infantil, estamos plenamente disponibles para recibir a los integrantes de la organización Revivir, mostrarles las dependencias y los recursos con los que actualmente contamos, además de explicarles las prestaciones que ofrece la Sala de Estimulación CHCC y el trabajo que desarrollamos en beneficio de los niños y niñas atendidos en nuestro establecimiento.
Mayor énfasis en los enfermos postrados en casa.	Generar una propuesta capacitar más equipo profesional. Trabajo social más enfocado en lo prioritario.	Todos los años se genera un Plan Anual de capacitación tanto para los funcionarios de la ley médica (19.664) como para funcionarios de la ley 18834. Esta plan abarca diversas temáticas que refuerzan las necesidades detectadas para nuestro personal.
Aumentar uso telesalud. Gestión del Cuidado de Personas. Cuidar al que cuida. Salud mental: generar una estrategia de abordaje en salud mental.	Muy clara la cuenta. ¿Por qué no se implementa la solicitud de hora por teléfono como lo hace el CESFAM?	El modelo de gestión hospitalaria dificulta la gestión de horas de morbilidad como demanda espontánea, para lo cual debemos innovar en otras estrategias para gestión de la demanda in situ en el hospital como también gestión remota para atención electiva o programada con médico. TELESALUD en parte busca como estrategia solventar esa dificultad. Complementariamente, se implementará protocolo local para optimizar el funcionamiento del Servicio de Urgencia del Hospital y aumentar la oferta de horas de atención de morbilidad en box, horas programadas. Demanda espontánea se resuelve a través del Servicio de Urgencia.
	Implementar un telesalud más amigable con la gente y con palabras más simples, lenguaje común, NO médico.	La plataforma se encuentra predefinida, sin embargo el perfil de los profesionales que realizan las gestiones de los requerimientos pueden y deben incorporar lenguaje más acorde hacia el usuario y menos técnico para evitar errores y facilitar la comprensión de los procesos de atención. De todas maneras, gestionaremos con el departamento de salud digital la revisión del lenguaje de la plataforma para que sea más amigable para el usuario.

	Más señaléticas de los lugares de atención al público como en la entrada un mapa para la tercera edad.	Se evaluará el diseño de un mapa de piso para orientar al usuario dentro de las dependencias Hospitalarias, para facilitar el acceso y diligencia para las personas mayores que consultan en el establecimiento.
--	--	--

Documento Oficial para anexo a Cuenta Pública y Reportes de Gestión de la Dirección - HSTL 2026

KLGO. VÍCTOR BURGOS PEÑAILLO
DIRECTOR (S)
EQUIPO DIRECTIVO
HOSPITAL SANTO TOMÁS DE LIMACHE

RED SSVQP