

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



DIRECCIÓN SERVICIO SALUD MAGALLANES
2024 – 2027

PUNTA ARENAS, 2025

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	5
CONTEXTO TERRITORIAL	6
MARCO METODOLÓGICO	7
MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL	9
ANÁLISIS DE ENTORNO	11
Análisis Interno	11
Análisis Externo	12
Factores Políticos	13
Factores Económicos	13
Factores Sociales	13
Factores Tecnológicos	13
Factores Jurídicos	13
DECLARACIONES ESTRATÉGICAS	14
Misión	14
Visión	14
Valores Institucionales	14
Objetivos Estratégicos Institucionales	15
Líneas Estratégicas institucionales	16
MAPA ESTRATÉGICO Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL	18
1° Nivel de Planeación	18
2° Nivel de Planeación	18
3° Nivel de Planeación	18
4° Nivel de Planeación	19



ÍNDICE

5° Nivel de Planeación	20
INDICE ESTRATÉGICO	23
Indicadores de desempeño OE-1	23
Indicadores de desempeño OE-2	24
Indicadores de desempeño OE-3	25
Indicadores de desempeño OE-4	26
Indicadores de desempeño OE-5	27
Indicadores de desempeño OE-6	28
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	29
PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN	30
ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO	31
FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO	32
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°1	33
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°2	47
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°3	67
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°4	87
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°5	98
Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°6	103
GLOSARIO DE TERMINOS RELEVANTES	117
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	118



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La Planificación Estratégica 2024–2027 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, es fruto de un trabajo serio, participativo y técnicamente riguroso, que constituye una oportunidad esencial para proyectar, con claridad y sentido de propósito el desarrollo de nuestra Red Asistencial en los próximos años, a la vez de reafirmar nuestro compromiso con una gestión pública de calidad, la mejora continua y el fortalecimiento de la salud en Magallanes.

Consignar que las características propias de nuestro vasto, diverso y desafiante territorio, involucran un mayor esfuerzo para avanzar hacia una atención de salud más resolutive, oportuna y centrada en las personas; metas que solo son posibles, mediante el trabajo conjunto de todos quienes conforman el sistema sanitario regional. Hombres y mujeres con una profunda vocación de servicio y un capital humano comprometido, que ha demostrado capacidad para adaptarse, innovar y avanzar incluso en escenarios adversos.

Este plan recoge esa identidad. Proyecta una hoja de ruta clara, que integra nuestras prioridades sanitarias, los desafíos institucionales y las metas que guiarán nuestra labor en los próximos años.

Porque nuestro trabajo y prioridades, reflejan los desafíos reales de Magallanes con una visión moderna de gestión: mejorar el acceso y la oportunidad en la atención, optimizar la gestión de los recursos, avanzar en calidad y seguridad del paciente, fortalecer la gobernanza institucional y salud mental e impulsar la innovación y modernización de nuestros procesos. Todos estos ejes se proyectan con un sello común: una red coordinada, capaz de trabajar alineada y con foco en las necesidades de las personas, sus familias y el bienestar de quienes conforman esta organización.

Invito a cada integrante del Servicio de Salud Magallanes a hacer suyo este plan, a contribuir activamente en su implementación y a mantener vivo el espíritu colaborativo que lo hizo posible. Solo a través de un esfuerzo colectivo, comprometido y permanente, podremos seguir construyendo un sistema de salud más humano, más eficiente y más cercano para toda nuestra comunidad.

Con aprecio y reconocimiento al trabajo de todas y todos,



Verónica Yáñez González
Directora
Servicio Salud Magallanes

INTRODUCCIÓN

En el marco de los desafíos permanentes que enfrenta la gestión sanitaria, y en respuesta a las crecientes demandas y necesidades de la población usuaria, la Dirección del Servicio de Salud Magallanes ha considerado prioritario fortalecer su capacidad de planificación mediante la elaboración de un Plan de Desarrollo Estratégico en Red 2024–2027. Este instrumento orienta el quehacer institucional, promoviendo la integración funcional de la Red Asistencial, con el propósito de garantizar un acceso equitativo y oportuno a cuidados de salud integrales, coordinados y continuos, centrados en las personas y sustentados en criterios de calidad, eficiencia y pertinencia territorial

Para alcanzar dichos propósitos, la gestión en red requiere del conocimiento y compromiso de los distintos actores del sistema de salud, quienes deben compartir objetivos, metas y propósitos comunes. Ello supone la redefinición de roles, la construcción de un lenguaje común, la generación de espacios de diálogo y la instalación de un liderazgo participativo y colaborativo, orientado a la acción. En este sentido, la planificación estratégica constituye una herramienta clave de gestión, que permite establecer los caminos a seguir para alcanzar las metas institucionales, considerando las transformaciones y exigencias del entorno.

El presente Plan de Desarrollo Estratégico Institucional se configura como un instrumento rector que, mediante la definición de declaraciones estratégicas, líneas operativas y metas concretas, orienta a la organización hacia un objetivo común para el período 2024–2027. Su formulación responde a un proceso sistemático de análisis y reflexión, basado en la revisión de los principales procesos institucionales, funciones, capacidades y desafíos de la Dirección del Servicio, así como en la consideración de factores externos y de contexto que inciden en la gestión sanitaria regional.

El proceso de desarrollo de este Plan se estructuró en diversas etapas que incorporaron instancias participativas, jornadas de planificación interna y espacios de análisis estratégico, con la participación activa de equipos directivos y técnicos. Estas instancias permitieron identificar los principales focos estratégicos, consolidar una visión compartida de futuro y definir los desafíos institucionales para los próximos años.

La redacción final del documento fue elaborada por el Departamento de Planificación y Control de Gestión de la Dirección del Servicio, integrando los aportes de numerosos funcionarios y funcionarias que contribuyeron directa o indirectamente en su construcción. En su conjunto, este documento presenta las grandes líneas estratégicas y operativas que orientan la acción institucional y establece un sistema de indicadores de desempeño que permitirá medir, monitorear y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos, asegurando así una gestión coherente, transparente y orientada a resultados.



Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
	Fecha elaboración	Octubre 2025
Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
	Número de Páginas	Página 6

CONTEXTO TERRITORIAL

La Región de Magallanes y Antártica Chilena se ubica en el extremo austral del país, con una superficie de aproximadamente 132.300 km², lo que equivale a cerca del 17,5 % de la superficie nacional. Su densidad poblacional es muy baja, situándose en torno a 1 hab./km². Según los primeros resultados del Censo 2024, la población censada en la región alcanzó las **166.537 personas**. De ellas, un 50,5 % corresponde a mujeres y 49,5 % a hombres. Su organización político administrativa está constituida por cuatro provincias: Última Esperanza, Magallanes, Tierra del Fuego, y Antártica Chilena, las cuales se subdividen en 11 comunas, siendo Punta Arenas la capital Regional, que concentra el 79,6 % de la población total de la Región.

En cuanto al envejecimiento poblacional de la región, se observa que la proporción de personas de 65 años o más en la región es de aproximadamente 14,5 % en 2024, evidenciando una tendencia creciente de envejecimiento. Por otro lado, los datos sobre composición social indican que al año 2025 el porcentaje de personas declaradas como pueblos indígenas en la región es de 20,7 %, y el porcentaje de extranjeros residentes ronda el 5,3 %.

Su perfil epidemiológico da cuenta del daño en salud, a través de índices que superan la media nacional (Tasa de mortalidad general; Tasa por grupo específico de causa de muerte: Tumores malignos; Enfermedades del Sistema Circulatorio; Enfermedades del sistema digestivo; Enfermedades del Sistema Respiratorio). Todas éstas, asociadas a factores de riesgo presentes en nuestra población que condicionan la prevalencia de patologías principalmente crónicas no transmisibles. La última Encuesta Nacional de Salud 2017, destacó la mayor prevalencia regional de sospecha de hipertensión arterial, de Síndrome metabólico, de sospecha de Diabetes y de prevalencia de riesgo cardiovascular (RCV) alto y moderado. Considerando estos indicadores, se estima que la mortalidad cardiovascular seguirá estando dentro de las 3 primeras causas de muertes a nivel regional y nacional

Para responder de manera efectiva a las necesidades sanitarias de la población, la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes se estructura según niveles de complejidad, integrando establecimientos de alta, mediana y baja complejidad articulados mediante sistemas de referencia y contrarreferencia. Esta organización busca asegurar la continuidad de la atención, de acuerdo con la resolutiveidad definida para cada establecimiento a través de su respectiva cartera de servicios. En este marco, el Servicio de Salud Magallanes extiende su accionar en las cuatro provincias del territorio, conformando una red pública compuesta por un hospital de alta complejidad en la comuna de Punta Arenas, un hospital de mediana complejidad en Puerto Natales y dos hospitales comunitarios de baja complejidad en las comunas de Porvenir y Puerto Williams, respectivamente. A ello se suma la red de Atención Primaria de Salud (APS), que se distribuye territorialmente en los distintos establecimientos urbanos y rurales, constituyendo la puerta de entrada al sistema de salud y desempeñando un rol esencial en la promoción, prevención y atención continua de las personas, familias y comunidades de la región.

Por tanto, el rol del Gestor de la Red Asistencial, representado por la Dirección del Servicio de Salud, radica en la conducción, articulación y coordinación del sistema público de salud en el territorio, asegurando la integración funcional de los distintos niveles de atención, garantizando la continuidad del cuidado de las personas. Su labor se orienta a optimizar la utilización de los recursos disponibles, fortalecer la resolutiveidad de los establecimientos, velar por la calidad y oportunidad de las prestaciones, y asegurar que la red opere bajo criterios de equidad, eficiencia y pertinencia territorial, en concordancia con las políticas nacionales de salud y las necesidades de la población.



MARCO METODOLÓGICO

Al realizar un análisis retrospectivo de los distintos procesos de Planificación Estratégica (P.E) institucional desarrollados por el Servicio de Salud Magallanes, es posible identificar las siguientes instancias documentadas:

- 1. Planificación Estratégica del Servicio de Salud de Magallanes y Antártica Chilena (2007).
- 2. Planificación Estratégica del Servicio de Salud de Magallanes y Antártica Chilena (2013-2015).
- 3. Planificación Estratégica del Servicio de Salud Magallanes (2016-2018).
- 4. Documento de Diagnóstico y de Plan Estratégico del Servicio de Salud Magallanes (2020-2025). Consultora Externa Clodinamica. *(No concluido ni validado)*

A partir de este análisis, y considerando las lecciones aprendidas del último proceso en el cual se evidenciaron dificultades de carácter técnico, operativo y estratégico derivadas del trabajo desarrollado por una consultora externa, se determinó la necesidad de impulsar una planificación estratégica elaborada internamente por los propios equipos de la Dirección del Servicio de Salud.

Este nuevo enfoque busca garantizar el cumplimiento de las etapas y hitos propios del proceso, fortalecer las competencias institucionales y establecer bases sólidas de gestión, promoviendo además el aprendizaje organizacional y la capacidad de los equipos para identificar, jerarquizar y abordar los componentes estratégicos de la planificación, por sobre los de carácter operativo.


En esta línea, y con el propósito de establecer un entendimiento común sobre los conceptos y ámbitos que guiarán el desarrollo del presente documento, se definió el marco metodológico que sustenta el Plan Estratégico de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes. Dicho marco constituye la base conceptual y procedimental que orienta la formulación, el análisis y la implementación del plan, asegurando coherencia entre sus etapas, rigurosidad técnica en su desarrollo y alineamiento con los lineamientos estratégicos institucionales y nacionales que rigen la gestión sanitaria.

El proceso de planificación se estructura de la siguiente manera:

A) Etapa N°1: Autoconocimiento, Aprendizaje Institucional y Diagnóstico.

Etapa N°1: “Autoconocimiento y Aprendizaje Institucional”		
Etapa N° 1.1		
1. Misión del Servicio de Salud Magallanes	Desarrollo participativo del ideario Servicio de Salud Magallanes	
2. Visión del Servicio de Salud Magallanes		
3. Valores del Servicio de Salud Magallanes.		
Etapa N° 1.2		
1. Análisis Interno (FODA)	Diagnóstico Situacional Colectivo Servicio de Salud Magallanes	
2. Análisis Externo (FODA)		
3. Análisis PESTEL (Factores Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ecológicos, Legales y Jurídicos)		



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 8

B) Etapa N°2: Focalización, Diseño y Formulación Estratégica

Etapa N°2: “Focalización, Diseño y Formulación Estratégica”	
1. Presentación de Resultados Etapa Autoconocimiento y Aprendizaje Institucional	Foco y Diseño Estratégico Servicio de Salud Magallanes (Equipos Directivos y Técnicos del Servicio de Salud Magallanes)
2. Configuración de ámbitos de acción (RISS)	
3. Configuración y formulación de prioridades y líneas estratégicas	
4. Definición y formulación de Objetivos estratégicos institucionales	
5. Configuración de Mapa Estratégico (Ámbito de Acción, Línea estratégica, Objetivo Estratégico, Perspectiva)	Planeación y Alineación Estratégica Servicio de Salud Magallanes (Equipos Directivos y Técnicos del Servicio de Salud Magallanes)
6. Definición de iniciativas e indicadores de seguimiento.	
7. Configuración de Ficha de Indicadores de gestión	
8. Elaboración y consolidado de Instrumento Estratégico 2023-2026	

C) Etapa N°3: Comunicación, Implementación y Monitoreo

Etapa N°3: “Comunicación, Implementación y Monitoreo”	
1. Comunicación, Sociabilización y Presentación de instrumento	Sociabilización e implementación institucional
2. Implementación de Estrategia	
3. Ejecución Plan Operativo Anual	Ejecución y Control de Gestión Estratégica
4. Monitoreo Semestral Plan Estratégico	
5. Presentación y Comunicación de Resultados Anuales	

D) Etapa N°4: Adecuación y Reestructuración Estratégica

Etapa N°4: “Adecuación y reestructuración estratégica”	
1. Adecuación anual estrategia	Reformulación estratégica (en caso que aplique)
2. Validación del proceso de adecuación anual	

Las etapas n° 3 y n° 4 aplicaran exclusivamente para los años 2026 y 2027.



Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
	Fecha elaboración	Octubre 2025
Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
	Número de Páginas	Página 9

MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

El marco referencial y conceptual para el desarrollo del proceso de planificación estratégica de la Dirección de Servicio de Salud Magallanes contemplo el análisis y revisión exhaustiva de:

Marco Referencial
1. Plan y programa de Gobierno (2022-2025)
2. Estrategia Nacional de Salud 2022-2030
3. Planificación Estratégica MINSAL 2022-2025
4. Planificación Estratégica Subsecretaría de Redes Asistenciales 2022-2025
5. Diseño de la Red del Servicio de Salud Magallanes 2023-2025
6. Compromisos de Gestión (COMGES)
7. Planificación Operativa Anual (ENS)
8. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red
9. Planificación en Base a Riesgos Institucional
10. Otros instrumentos de Planificación Sanitaria y Estratégica

El marco conceptual y metodológico que orienta la presente Planificación Estratégica Institucional se fundamenta en dos enfoques complementarios de gestión: el **Cuadro de Mando Integral** (Balanced Scorecard, BSC) y el **modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud** (RISS), ambos reconocidos por su capacidad de traducir la estrategia en acción y de fortalecer la articulación funcional de los servicios de salud.


El Cuadro de Mando Integral (BSC) constituye la herramienta metodológica central para la definición, despliegue y monitoreo de la estrategia institucional. Este modelo permite traducir la misión, visión y objetivos estratégicos en un conjunto equilibrado de indicadores y metas de desempeño, integrando tanto los resultados finales como los factores que los impulsan.

El plan se estructura sobre las cuatro perspectivas clásicas del BSC, adaptadas a un contexto sanitario:

- **Perspectiva de Usuarios:** Orientada a garantizar la satisfacción, accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención, poniendo en el centro a las personas, familias y comunidades.
- **Perspectiva de Procesos Internos:** Focalizada en fortalecer la eficiencia, la continuidad asistencial y la integración de los procesos clínicos y administrativos de la red.
- **Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo:** Dirigida al fortalecimiento de las competencias del capital humano, la gestión del conocimiento, la innovación y la mejora continua.
- **Perspectiva Financiera:** Centrada en la sostenibilidad económica, la optimización de recursos y la transparencia en la gestión presupuestaria.

Complementariamente, el proceso de planificación se sustenta en el marco conceptual de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y adoptado por el Ministerio de Salud de Chile como modelo rector de organización sanitaria. Este enfoque concibe la red asistencial como un conjunto coordinado de recursos, establecimientos y equipos de salud que trabajan de manera articulada para ofrecer atención integral, continua y centrada en las personas.



 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 10

La aplicación del modelo RISS en la planificación de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes se desarrolla en los siguientes ámbitos estratégicos:

- **Gestión y Modelo Asistencial:** Orientado al fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, promoviendo la continuidad del cuidado, la atención centrada en las personas y la gestión clínica basada en evidencia.
- **Organización y Desarrollo Organizacional:** Dirigido a consolidar estructuras organizacionales eficientes, fortalecer las capacidades institucionales y promover una gestión participativa, flexible y orientada al aprendizaje organizacional.
- **Calidad de la Atención:** Enfocado en asegurar estándares de calidad y seguridad en las prestaciones de salud, impulsando la mejora continua, la humanización del trato y la satisfacción usuaria.
- **Asignación y Sustentabilidad Financiera:** Destinado a optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y tecnológicos, promoviendo la equidad en la distribución y la sustentabilidad del sistema público de salud en la región.

La combinación de ambos marcos metodológicos del BSC y RISS permiten articular un modelo de gestión estratégico integral, que vincula los objetivos institucionales con la operación efectiva de la red asistencial, asegurando coherencia entre la planificación, la ejecución y la evaluación de resultados.

De esta manera, el Plan Estratégico 2024–2027 del Servicio de Salud Magallanes se erige como un instrumento dinámico que no sólo orienta la acción institucional, sino que también consolida la gobernanza en red, la eficiencia en la gestión pública y la mejora continua de la atención en salud para las personas de la región más austral del país.

En resumen, el marco referencia y metodológico se grafica de la siguiente manera:



Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
	Fecha elaboración	Octubre 2025
Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
	Número de Páginas	Página 11

ANÁLISIS DE ENTORNO

Parte fundamental de este proceso de planificación estratégica fue la reflexión crítica y colectiva realizada por funcionarios/as, jefes/as de departamento, subdirectores/as y el equipo estratégico institucional, quienes aportaron desde sus distintos ámbitos de gestión una mirada integral del quehacer del institucional. Este ejercicio permitió identificar y analizar en profundidad las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) que enfrenta la Dirección del Servicio de Salud Magallanes en su rol de gestor y articulador de la red asistencial.

A partir de este proceso se definieron los Objetivos Estratégicos Institucionales, los cuales constituyen el eje estructurante de la planificación 2024-2027, reflejando tanto las prioridades de desarrollo organizacional como los compromisos de mejora de la red asistencial.

A modo de síntesis, a continuación, se presentan los principales elementos identificados en cada dimensión del análisis FODA de la DSSM:


Análisis Interno	
Fortalezas	Debilidades
Infraestructura y equipamiento hospitalario moderno en la Red Asistencial	Alta tasa de ausentismo Laboral
Procesos de Acreditación de los 4 hospitales de la Red vigentes.	Constante rotación de profesionales y referentes técnicos.
Funcionamiento activo del Consejo integrado de la red asistencial	Falta de líneas de comunicación y comunicación interna
Altamente comprometidos con la mejora continua de gestión de los procesos.	Déficit en el control interno institucional
Política de Puertas Abiertas y comunicación efectiva	Existencia de brecha en recurso humano
Relación instalada con la sociedad civil y mecanismos de comunicación establecidos.	Falta de habilitantes tecnológicos.
Aumento creciente de los sistemas informáticos con disponibilidad territorial de la información y manejo de pacientes.	Personal con poco acceso a capacitación. Los lineamiento de capacitación dispuestos por el Servicio normalmente están enfocados al área asistencial.
Existencia de un entorno de trabajo saludable y seguro para los funcionarios/as	Falta de planificación institucional
Conciliación de vida laboral y familiar, así como a la inclusión laboral	Brecha en infraestructura, que se traduce en falta de espacios laborales óptimos para el desempeño de las funciones (Inclusión)
	Insuficiente integración y articulación del trabajo de los referentes de programa con otras subdirecciones.
	Alta frecuencia en cambios internos en la estructura organizacional.
	Insuficiente desarrollo de proceso de intervención en aspectos de clima laboral.
	Predominio formas de trabajo reactivas por sobre las estratégicas.
	No disponer de una Política de recursos humanos actualizada
	Fallas en Plataforma CEROPAPEL
	Descoordinación en los procesos de compras
	Herramientas de trabajo digitales sin licencia, lo que limita la capacidad de análisis y seguimiento de los proyectos.
	Deficiencias en la entrega de informes cualitativos y cuantitativos de gestión.
	Fragmentación de la meso gestión en salud



Análisis Externo	
Amenazas	Oportunidades
Uso incorrecto de la red asistencial por parte de los usuarios/as.	Convenio de Programación MINSAL Gore.
Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población.	Proceso de Acreditación.
Cambios demográficos y socioculturales.	Ley de Deberes y Derechos Nº 20.584
Creciente judicialización en salud.	Ley de Compras Públicas actualizada, Nº 21.634.
Problemas frecuentes de latencia de la Red MINSAL y en plataformas centralizadas.	Aprovechar la ENS como lineamiento estratégico para la gestión y planificación en red
Cambios en la prioridad de autoridades nacionales y regionales.	Implementación de ERP
Baja disponibilidad de proveedores que pone en riesgo la integridad de convenios	Convenio docente asistencial, y potencial formación de futuros especialistas.
Modelo de financiamiento insuficiente para cubrir atenciones en salud.	Acceso a iniciativas de inversión en tecnología
Distancia y dispersión geográfica de los territorios cubiertos por el Servicio de Salud	Acceso a presentación proyectos de financiamiento para dispositivos técnico-asistenciales.
Demanda de prestaciones mayor a la oferta disponibles en los establecimientos APS y secundaria.	Reforma al sistema de salud basados en principios de equidad, universalidad e integridad que favorecen el desarrollo y expansión de la APS.
Desconfianza creciente de la Comunidad en el sistema de salud.	Fortalecimiento del Trabajo Intersectorial y extrasectorial
Alta rotación del personal sanitario en los establecimientos	Fortalecimiento de la participación ciudadana como eje en la gestión
Baja gestión financiera de los Municipios.	Fibra óptica austral
Mayores exigencias de la comunidad hacia la atención en salud, en términos de cobertura y calidad.	Convenios de colaboración con sociedades científicas y médicas.
Insuficiente Infraestructura de Establecimientos de APS.	Obtención de recursos financieros de fuentes externas a la institución
Falta de respuesta del inter-sector en problemas sociales y judiciales.	
Brecha regional en dispositivos en red privada como respaldo en situaciones contingentes.	
Falta de oferta de profesionales médicos especialistas, profesionales no médicos y de TENS en la región.	
Carencia de tecnología adecuada para el soporte de las funciones de recursos humanos, lo que obstaculiza la eficiencia y la capacidad de respuesta.	
Desconocimiento de etapas y gestiones metodológicas en el diseño de proyectos en salud, generando expectativa equivocada respecto a los plazos.	
Dependencia centralizada para el desarrollo de proyectos de diseño	
Baja prioridad a los proyectos de salud en gestiones con el intersector	
Espera excesiva en el pronunciamiento por parte de los organismos externos.	
Lentos procesos asociados a búsquedas de terrenos para ubicación de iniciativas de infraestructura en salud	
Presión desde la opinión pública por instalación de falsas verdades de parte de grupos de interés respecto a la gestión del Servicio de Salud	
Afectación de la imagen y prestigio técnico de la DSSM ante situaciones de connotación pública.	
Desinterés de la gestión municipal en procesos de acreditación de calidad en instituciones de salud.	

Cabe destacar que el presente FODA no posee un orden de correlación por relevancia



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 13

Como una herramienta complementaria al análisis de contexto estratégico institucional, se examinó algunos de los factores del entorno externo que inciden directa o indirectamente en la gestión de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.

Factores Políticos

Lista de Factores	Detalle
Periodo de Gestión del Gobierno	Consolidación y puesta en marcha de políticas públicas del plan de gobierno
Cambio de autoridades locales	Cambio de autoridades locales y puesta en conocimiento de planes de trabajo
Normativa y Políticas Pública	Estrategia Nacional de Salud para la década 2022-2030 y Universalización de la APS
Protección de los usuarios	Ley 20.584, GES, Ley 20.422, Ley 20.609, Ley 20.379, Ley 20.820, Ley 19.252 y Ley 20.500
Incentivos por Ley y otros	Valor Percapita APS, Incentivo al cumplimiento de Metas e Incentivo al Retiro
Sistema y modelo de Salud integrado	Modelo de Salud en APS e Intersectorialidad
Aseguramiento en Salud	Crisis de ISAPRES y Aumento de Población inscrita a FONASA

Factores Económicos:

Lista de Factores	Detalle
Crecimiento económico	Bajo crecimiento económico anual
Gasto Público en Salud	Aumento de gasto público (Aumento de enfermedades no transmisibles y descompensaciones de enfermedades crónicas, Envejecimiento de la población, AVPP, etc.
Inflación	Inflación anual proyectada del 4,5% y Variaciones del presupuesto en salud
Desempleo	Tasas de desempleo altas
Restricciones Presupuestarias	Ley de Presupuesto anual insuficiente

Factores Sociales:

Lista de Factores	Detalle
Renta	Asociación entre renta y acceso a salud
Demografía	Envejecimiento poblacional
Estilos de vida y autocuidado	Sedentarismo, Alimentación y Obesidad y Consumo de Alcohol y Drogas
Educación	Tasas de desempleo altas
Migración	Aumento de población migrante, Movilidad urbana y uso de servicios sociales

Factores Tecnológicos:

Lista de Factores	Detalle
Velocidad de obsolescencia tecnológica	Brecha generacional y Capacidad de respuesta de equipos
Innovación en tecnologías del sector	Desarrollo del sector salud en resolutividad, tiempos de gestión y disminución de costos
Uso de redes sociales y comunicación	Inmediatez en las comunicaciones y acceso a la información, desinformación y exposición permanente
Acceso a información en salud	Acceso a la información en salud, uso de nuevas tecnologías para potenciar la entrega de información verídica y oficial
Seguridad de la Información	Vulnerabilidad y/o seguridad de la información sensible de los usuarios.

Factores Jurídicos

Lista de Factores	Detalle
Ley 19.966 (GES)	Judicialización de la Salud
Ley de Lobby 20.730	Actividad de lobby, transparencia y probidad
Ley 20.000	Gestión de almacenamiento y análisis de drogas en aumento.
Ley Transparencia	Reconocimiento a todas las personas de su derecho de acceso a la información pública.
Ley 20.584	Derechos y deberes en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
Tutelas laborales Estatuto Administrativo	Aumento de tutelas laborales que impactan en el presupuesto en salud
Derechos constitucionales	Judicialización de la Salud



DECLARACIONES ESTRATÉGICAS

Tal como se señala en el Marco Metodológico, la **Etapa N°1: Autoconocimiento, Aprendizaje Institucional y Diagnóstico**, tuvo por objetivo promover un proceso participativo y reflexivo que permitiera definir de manera conjunta la **Misión, Visión y Valores** del Servicio de Salud Magallanes. Este proceso se desarrolló con la participación activa de funcionarios y funcionarias de todas las subdirecciones, asociaciones gremiales y representantes de la sociedad civil, mediante diversas instancias de trabajo, tanto presenciales como virtuales, que se caracterizaron por su amplia representatividad y enfoque democrático.

La metodología empleada combinó talleres internos por subdirección, la aplicación de encuestas institucionales y la realización de plenarios ampliados, estructurados en torno a mesas de diálogo y reflexión estratégica. Dichas instancias permitieron identificar los conceptos y valores esenciales que debían orientar la gestión institucional, así como construir colaborativamente las propuestas de **Misión y Visión**.

Finalmente, el proceso concluyó con una votación institucional abierta, mediante la cual se seleccionaron las declaraciones finales de Misión y Visión que representarán el ideario y la proyección del Gestor de la Red Asistencial para el período 2024–2027.

Misión

“Nuestra misión como Gestores de la Red Asistencial de la Región de Magallanes y Antártica Chilena es organizar, articular, gestionar y supervisar a los establecimientos públicos de salud de nuestro territorio, a modo a que estos brinden una atención oportuna, resolutive y de calidad, centrado en las personas, garantizando la continuidad de la atención mediante el enfoque de derecho, género y equidad, basados en los Objetivos Sanitarios de la década, con uso eficaz y eficiente de los recursos, comprometidos en la mejora continua, para lograr un alto nivel en la satisfacción usuaria”.

Visión


“Nuestra visión como Gestores de la Red Asistencial de la Región de Magallanes y la Antártica Chilena es alcanzar una mayor articulación y coordinación en Red, que permita un alto nivel de resolutive local, entregando salud oportuna con altos estándares de calidad y seguridad, incorporando la innovación y excelencia en su quehacer, asegurando un trato cordial y humanizado, para lograr reconocimiento y alto nivel de satisfacción usuaria, siendo el buen clima laboral y salud del personal, aspectos significativos para el desarrollo institucional”.

Valores Institucionales

- Respeto
- Compromiso
- Calidad
- Empatía
- Probidad

Resolución Exenta N° 6581/2023 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 15

La Etapa N°2: Focalización, Diseño y Formulación Estratégica, se centró en una primera instancia en la definición de los Objetivos Estratégicos Institucionales, proceso que se sustentó en un análisis técnico y participativo desarrollado por la Dirección del Servicio de Salud. Para ello, se utilizaron como principales herramientas diagnósticas los análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) y PETZE (Político, Económico, Tecnológico, Social y Ecológico), junto con el Marco Referencial, el cual recoge las directrices y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La integración de estos instrumentos permitió identificar los factores internos y externos que inciden en la gestión regional, generando las bases para la formulación de objetivos estratégicos coherentes con la misión, visión y desafíos institucionales, en plena alineación con las políticas nacionales de salud y los compromisos de la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes.

Objetivos Estratégicos Institucionales

Objetivo N°1: *Fortalecer a la Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Magallanes, en los ámbitos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida de las personas, a fin de dar cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década, reforzando el rol de coordinadores de los cuidados, en todos los niveles de atención de salud y el intersector.*

Objetivo N°2: *Fortalecer la operatividad en la ejecución de políticas sanitarias, planes y programas en la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes, mediante un modelo de gestión basado en procesos estandarizados que garanticen el acceso oportuno de la población a prestaciones seguras y de calidad en todos los niveles de atención, así como el óptimo funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud, implementando un modelo eficiente de tiempos de espera y redes integradas, con un enfoque de género y pertinencia territorial.*

Objetivo N°3: *Garantizar el uso eficiente y oportuno de los recursos presupuestarios y financieros en la red asistencial de Magallanes, fortaleciendo la adecuada programación y coordinación de procesos logísticos y operativos, e incorporando e innovando la aplicación de estrategias de Digitalización, Interoperabilidad, Seguridad de la Información y Telecomunicaciones.*


Objetivo N°4: *Potenciar la política de Gestión de Personas, mejorando las condiciones laborales de los funcionarios/os del Servicio de Salud Magallanes y su red de establecimientos, garantizando sus derechos y su bienestar; además de su desarrollo profesional, mediante la implementación de un sistema de capacitación y formación continua que integre una perspectiva de género e interculturalidad, y que fomente la participación y el compromiso de la comunidad y el territorio.*

Objetivo N°5: *Asegurar el óptimo desarrollo de las iniciativas de inversión y conservaciones de infraestructura, equipos, equipamiento y vehículos de la red asistencial de la Región de Magallanes, desde una perspectiva de equidad y territorialidad.*

Objetivo N°6: *Consolidar una gobernanza institucional sólida, transparente y participativa, que oriente la gestión hacia la mejora continua.*

Resolución Exenta N° 4260/2025 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.



 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 16

Posterior a la definición de los Objetivos Estratégicos de la Dirección del Servicio, se avanzó en la subetapa de Planeación y Alineación Estratégica, proceso que implicó la formulación de las Líneas Estratégicas y Operativas que dan estructura al presente Plan. Estas líneas fueron integradas en un Mapa Estratégico Institucional, el cual articula de manera coherente los distintos componentes y declaraciones estratégicas desarrolladas, misión, visión, valores, objetivos, ámbitos de acción y perspectivas, permitiendo visualizar la relación causal entre los factores de gestión y los resultados esperados.

Líneas Estratégicas institucionales

Objetivo Estratégico	Línea Estratégica
OE1	Fortalecer el Modelo de atención Integral en Salud y comunitario y estrategia ECICEP en la Red APS de Magallanes
OE1	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida
OE1	Prevenir y controlar la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo
OE1	Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en cuidados paliativos
OE1	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS
OE2	Fortalecer la red de atención en salud mental
OE2	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial
OE2	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera
OE2	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial
OE3	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto
OE3	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo
OE3	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información
OE4	Consolidar la política de Gestión y Desarrollo de Personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM
OE4	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal
OE4	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red
OE5	Optimizar la disponibilidad y condiciones operativas de la infraestructura y flota vehicular de la red
OE5	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial
OE6	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial
OE6	Fortalecer la Gobernanza Institucional

Resolución Exenta N° 4260/2025 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.



Las declaraciones estratégicas de esta planificación se resumen en el siguiente esquema:



El esquema representa la jerarquía de los componentes estratégicos que estructuran esta planificación institucional. En su nivel superior se ubican la Misión y la Visión, que orientan el quehacer institucional y proyectan el propósito y sentido de largo plazo de la organización.

Desde ellas se desprenden los Objetivos Estratégicos, que definen los resultados prioritarios a alcanzar durante el período 2024–2027. Estos objetivos se operacionalizan a través de las Líneas Estratégicas, que agrupan las principales áreas de gestión y focalizan los esfuerzos institucionales.

Posteriormente, las Líneas Operativas concretan el accionar mediante programas, proyectos e iniciativas específicas, constituyendo el vínculo directo entre la estrategia y la gestión diaria. Finalmente, los Indicadores de Desempeño permiten monitorear y evaluar el grado de cumplimiento de cada nivel, asegurando la trazabilidad y coherencia entre la planificación estratégica y los resultados institucionales.

En síntesis, la estructura responde a una lógica descendente y tributaria, donde cada nivel da sustento y sentido al siguiente, garantizando la alineación entre la estrategia global y la ejecución operativa.



Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
	Fecha elaboración	Octubre 2025
Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
	Número de Páginas	Página 18

MAPA ESTRATÉGICO Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Una vez definidos los elementos estratégicos de la planificación, el equipo estratégico y directivo de la Dirección del Servicio procedió a posicionar e integrar dichos componentes en el Mapa Estratégico y Metodológico previamente descrito. Su formulación se consolidó mediante instancias sucesivas de revisión, análisis y validación técnica, asegurando la coherencia interna del modelo y su plena alineación con los lineamientos institucionales y ministeriales vigentes.

El Mapa Estratégico constituye una representación gráfica y lógica de la estrategia institucional, integrando las Líneas Estratégicas y Operativas, Perspectivas y Ámbitos de Acción, permitiendo visualizar las relaciones causales entre los distintos niveles de gestión y los resultados esperados. Su estructura refleja la consistencia interna del plan y su vinculación metodológica con el modelo Balanced Scorecard (BSC) y el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en concordancia con los objetivos estratégicos definidos para el período 2024–2027.

En tal sentido, y con el propósito de facilitar su lectura y comprensión, cada elemento estratégico se posiciona en un nivel jerárquico claramente definido, identificado mediante siglas o numeraciones específicas, lo que permite su codificación estandarizada y asegura la trazabilidad y correspondencia entre los distintos componentes del modelo estratégico.

1° Nivel de Planeación

Objetivo Estratégicos	
Sigla	
OE1	Objetivo Estratégico N°1
OE2	Objetivo Estratégico N°2
OE3	Objetivo Estratégico N°3
OE4	Objetivo Estratégico N°4
OE5	Objetivo Estratégico N°5
OE6	Objetivo Estratégico N°6


2° Nivel de Planeación

Ámbitos de Acción (RISS)	
Sigla	Descripción
A	Gestión y Modelo Asistencial
B	Organización y Desarrollo Organizacional
C	Calidad de atención
D	Asignación y Sustentabilidad Financiera

3° Nivel de Planeación

Perspectivas (BSC)	
Sigla	Descripción
1	Gestión y Modelo Asistencial
2	Organización y Desarrollo Organizacional
3	Calidad de atención
4	Asignación y Sustentabilidad Financiera




 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 19

4° Nivel de Planeación

Líneas Estratégicas (LE)			
OE	COD	N° LE	Descripción
OE1	A3	.1	Fortalecer el Modelo de atención Integral en Salud y comunitario y estrategia ECICEP en la Red APS de Magallanes
OE1	A3	.2	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida.
OE1	A3	.3	Prevenir y controlar la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
OE1	A3	.4	Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en cuidados paliativos
OE1	A3	.5	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS
OE2	A3	.6	Fortalecer la red de atención en salud mental
OE2	A3	.7	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial
OE2	A3	.8	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.
OE2	C3	.1	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial
OE3	D1	.2	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.
OE3	D1	.3	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo
OE3	B2	.4	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información
OE4	B2	.1	Consolidar la política de Gestión y Desarrollo de Personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM
OE4	B2	.2	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal
OE4	B2	.3	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red
OE5	B3	.2	Optimizar la disponibilidad y condiciones operativas de la infraestructura y flota vehicular de la red.
OE5	D1	.1	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial
OE6	A4	.1	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial
OE6	B3	.1	Fortalecer la Gobernanza Institucional

Resolución Exenta N° 4260/2025 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes



 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 20


5° Nivel de Planeación

El último nivel de planificación corresponde a la configuración de las Líneas Operativas, las cuales tributan directamente al accionar más específico y funcional de cada Línea Estratégica. Representan la acción concreta de la planificación, es decir, la ejecución práctica y verificable de los objetivos estratégicos previamente definidos.


En este nivel se despliegan las actividades, programas, iniciativas o proyectos que materializan los compromisos institucionales, asegurando la coherencia entre la planificación estratégica y la gestión operativa diaria. Su formulación busca traducir la visión estratégica en resultados observables, medibles y alineados con los objetivos de desempeño institucional.

Asimismo, cada Línea Operativa cuenta con indicadores de desempeño asociados, los cuales permiten monitorear y evaluar el grado de cumplimiento de las respectivas Líneas Estratégicas que conforman esta planificación.

Líneas Operativas (LO)				
OE	COD	N° LE	N° LO	Descripción
OE1	A3	.1	_1	Implementar un modelo de gestión en la Red Asistencial, (APS, PSR, y Hospitales) que anticipe y aborde el riesgo de salud de la población a cargo.
OE1	A3	.1	_2	Garantizar la implementación progresiva del modelo de APS Universal, fortaleciendo la continuidad en comunas pioneras y su expansión en territorios de avanzada
OE1	A3	.2	_1	Aumentar la pesquisa y diagnóstico oportuno de personas con DM2/HTA en el curso de vida.
OE1	A3	.2	_2	Mejorar la cobertura efectiva y continuidad del tratamiento en personas con DM2 e HTA, promoviendo adherencia terapéutica y control metabólico
OE1	A3	.3	_1	Fortalecer el tamizaje y diagnóstico precoz de enfermedad renal crónica en población con riesgo cardiovascular y metabólico
OE1	A3	.4	_1	Fortalecer e implementar la estrategia de Prevención del Cáncer
OE1	A3	.5	_1	Desarrollar y fortalecer actividades extramurales de promoción y prevención en salud en APS
OE1	A3	.5	_2	Promover la salud en la comunidad a través de estrategias comunicacionales y educativas
OE1	A3	.5	_3	Fortalecer la prevención en salud mediante la cobertura efectiva de los Exámenes de Medicina Preventiva
OE1	A3	.5	_4	Integrar acciones intersectoriales y participación de organizaciones comunitarias en la planificación y ejecución de estrategias de promoción y prevención
OE2	A3	.6	_1	Aumentar la cobertura de la demanda y concentración de atención de personas con trastornos mentales.
OE2	A3	.6	_2	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida
OE2	A3	.7	_1	Optimizar los procesos referencia y contrareferencia desde APS al nivel secundario y fortalecer el monitoreo de la programación y reprogramación
OE2	A3	.7	_2	Fortalecer el modelo de Eficiencia Hospitalaria
OE2	A3	.7	_3	Potenciar la estrategia de Hospitalización Domiciliaria
OE2	A3	.7	_4	Asegurar el acceso oportuno y la calidad de atención a personas con condiciones de salud prioritarias, reduciendo riesgos de agravamiento y morbilidad evitable.
OE2	A3	.8	_1	Fomentar la resolutividad en la Atención Primaria de Salud
OE2	A3	.8	_2	Reducir los tiempos de espera priorizando la atención de pacientes con mayor antigüedad en lista de espera

 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 21

Líneas Operativas (LO)				
OE	COD	N° LE	N° LO	Descripción
OE2	A3	.8	_3	Implementar mecanismos de gestión clínica y monitoreo que aseguren el cumplimiento oportuno de las Garantías Explícitas en Salud (GES)
OE2	A3	.8	_4	Optimizar los procesos de atención oncológica para asegurar el cumplimiento de Garantías Oncológicas (GO) y reducir tiempos de espera en diagnóstico y tratamiento
OE6	A4	.1	_1	Fortalecer competencias de equipos de salud, organizaciones sociales y pueblos indígenas, promoviendo la participación y el modelo de salud intercultural
OE6	A4	.1	_2	Implementar estrategias de medición y mejora continua para promover la satisfacción usuaria y la atención humanizada.
OE6	A4	.1	_3	Promover la participación ciudadana en todos sus niveles mediante diálogos y conversatorios.
OE4	B2	.1	_1	Regular y estandarizar los procesos administrativos de gestión de personas, en conformidad a la normativa vigente.
OE4	B2	.1	_2	Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación continua de la implementación de la Política de Gestión y Desarrollo de Personas.
OE4	B2	.1	_3	Difundir y fortalecer el cumplimiento de los derechos, deberes y obligaciones funcionarias.
OE4	B2	.2	_1	Mantener y fomentar el buen trato laboral y las buenas prácticas dentro de la Institución, previniendo todo tipo de violencia en los espacios de trabajo.
OE4	B2	.2	_2	Promover estrategias de prevención, recuperabilidad y reintegro de los funcionarios/as.
OE4	B2	.3	_1	Fortalecer el sistema de capacitación y educación continua en la red con enfoque territorial.
OE4	B2	.3	_2	Incorporar enfoque de género, interculturalidad, bienestar organizacional y trato usuario en los diseños instruccionales del plan de capacitación
OE3	B2	.4	_1	Fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la red (Ciberseguridad)
OE3	B2	.4	_2	Implementación de sistemas de gestión Clínica
OE3	B2	.4	_3	Implementación y fortalecimiento de sistemas de gestión administrativa
OE3	B2	.4	_4	Establecer la gobernanza y hoja de ruta de transformación digital institucional.
OE3	B2	.4	_5	Consolidar la interoperabilidad y la adopción de sistemas de información clínicos y de soporte operativo en la red asistencial.
OE3	B2	.4	_6	Promover la innovación mediante pilotos escalables en seguridad de la información
OE6	B3	.1	_1	Diseño e implementación de tableros de control estratégicos e indicadores de gestión institucional
OE6	B3	.1	_2	Promover las capacidades técnicas de los funcionarios/as en planificación estratégica, formulación de indicadores y análisis de datos
OE6	B3	.1	_3	Mantener los estándares de productividad en la ejecución de auditorías institucionales y ministeriales.
OE6	B3	.1	_4	Impulsar la política y sistema de control interno institucional
OE6	B3	.1	_5	Implementación de sistema de seguimiento e Intervención de hallazgos o procesos críticos, que representen riesgos institucionales
OE6	B3	.1	_6	Fortalecer la imagen y reputación institucional, promoviendo un mayor conocimiento y reconocimiento del SSM
OE6	B3	.1	_7	Mejorar la eficiencia y cumplimiento normativo en la gestión de procesos disciplinarios por VALS
OE6	B3	.1	_8	Fortalecer la asesoría y resolución de controversias que incidan en la gobernanza institucional

 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 22

Líneas Operativas (LO)				
OE	COD	N° LE	N° LO	Descripción
OE6	B3	.1	_9	Implementar el modelo de gobierno de datos
OE6	B3	.1	_10	Consolidar instancias de coordinación y trabajo en red que fortalezcan el gobierno interno del SSM
OE5	B3	.2	_1	Implementar un sistema de planificación y control de mantenimiento preventivo de la flota vehicular
OE5	B3	.2	_2	Gestionar iniciativas orientadas a mejorar las condiciones operativas de la infraestructura en los dispositivos dependientes de la DSSM
OE2	C3	.1	_1	Mantener el estándar de calidad para prestadores de atención cerrada y abierta
OE2	C3	.1	_2	Supervisar las acciones asociadas al seguimiento de eventos adversos priorizados informados por parte de prestadores de atención cerrada
OE2	C3	.1	_3	Mantener vigente la evaluación externa del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud de los prestadores de atención cerrada (PCI)
OE3	D1	.1	_1	Fortalecer el monitoreo y seguimiento del Convenio Programación GORE-MINSAL
OE3	D1	.1	_2	Gestionar proyectos de infraestructura con enfoque territorial
OE3	D1	.1	_3	Impulsar la gestión de iniciativas de inversión orientadas al fortalecimiento de la infraestructura de la Red de Salud Mental.
OE3	D1	.2	_1	Fortalecer las competencias técnicas del personal en control presupuestario y estimaciones financieras.
OE3	D1	.2	_2	Diseño e implementación de tableros de control de ejecución, estimación y desviaciones presupuestarias.
OE3	D1	.2	_3	Diseñar e implementar estrategias de distribución y ajuste presupuestario que respondan a escenarios de ejecución y priorización institucional.
OE3	D1	.2	_4	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 21 orientado a la eficiencia y control del gasto en personal
OE3	D1	.2	_5	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 22 orientado a la eficiencia y control del gasto
OE5	D1	.3	_1	Optimizar la gestión y oportunidad en las transferencias de recursos del Subtítulo 24 a entidades ejecutoras
OE5	D1	.3	_2	Fortalecer la gestión y control de contratos institucionales, promoviendo eficiencia, trazabilidad y cumplimiento contractual
OE5	D1	.3	_3	Implementar un sistema integrado de gestión de bienes institucionales

Resolución Exenta N° 4260/2025 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes



INDICE ESTRATÉGICO

Objetivo Estratégico Nº1:

“Fortalecer a la Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Magallanes, en los ámbitos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida de las personas, a fin de dar cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década, reforzando el rol de coordinadores de los cuidados, en todos los niveles de atención de salud y el intersector”


Líneas Estratégicas OE-1

COD	Líneas Estratégicas
A3.1	Fortalecer el Modelo de atención Integral en Salud y comunitario y estrategia ECICEP en la Red APS de Magallanes
A3.2	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida.
A3.3	Prevenir y controlar la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
A3.4	Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en cuidados paliativos
A3.5	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS

Indicadores de desempeño OE-1

COD	S	Nombre de Indicadores
A3.1_1		Porcentaje de establecimientos de APS que cumplen con el 100% de los indicadores obligatorios del instrumento de evaluación para la certificación MAIS
A3.1_2		Porcentaje de implementación de APS Universal en comunas pioneras de la Región de Magallanes y la Antártica Chilena
A3.2_1		Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres de 20 a 64 años
A3.2_2	a	Porcentaje de Cobertura Efectiva de DM2.
A3.2_2	b	Porcentaje de Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más
A3.3_1	a	Cobertura de Personas con diagnóstico de DM2 con evaluación de función renal (RAC+VFGe) vigente.
A3.3_1	b	Cobertura de Personas con diagnóstico de HTA con evaluación de función renal (RAC+VFGe) vigente.
A3.4_1	a	Cobertura de Tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, beneficiarias
A3.4_1	b	Cobertura de Tamizaje de cáncer cuello uterino en personas con cuello uterino de 25 a 64 años, pertenecientes beneficiarias
A3.5_1		Cumplimiento en la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en salud de los Planes de promoción de los establecimientos de Atención Primaria.
A3.5_2		Cumplimiento de campañas comunicacionales de promoción y prevención en salud en la Comuna de Punta Arenas.
A3.5_3	a	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a mujeres de 20 a 64 años
A3.5_3	b	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del adulto de 65 años y más
A3.5_4		Porcentaje de ejecución de instancias intersectoriales en promoción y prevención de la salud



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 24

Objetivo Estratégico N°2:

“Fortalecer la operatividad en la ejecución de políticas sanitarias, planes y programas en la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes, mediante un modelo de gestión basado en procesos estandarizados que garanticen el acceso oportuno de la población a prestaciones seguras y de calidad en todos los niveles de atención, así como el óptimo funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud, implementando un modelo eficiente de tiempos de espera y redes integradas, con un enfoque de género y pertinencia territorial”


Líneas Estratégica OE-2

COD	Líneas Estratégicas
A3	Fortalecer la red de atención en salud mental
A3	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial
A3	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.
C3	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial

Indicadores de desempeño OE-2

COD	S	Nombre de Indicadores
A3.6_1		Cumplimiento del Porcentaje de CNE de Psiquiatría adulto e infantoadolescente
A3.6_2		Porcentaje de cumplimiento de ejecución de comités establecidos en la RTSM
A3.7_1	a	Porcentaje de contrarreferencia realizadas por especialidades médicas en la Red Asistencial
A3.7_1	b	Porcentaje de actividades clínicas de la programación médica y no médica priorizadas que se representan en la agenda de establecimientos de atención secundaria
A3.7_2	a	Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas (Hospitales de Alta, Mediana y Baja Complejidad)
A3.7_2	b	Rendimiento de Quirófanos de Cirugía Mayor Electivos
A3.7_2	c	Porcentaje de Cumplimiento de Indicadores de Eficiencia Hospitalaria Basada en GRD
A3.7_3		Días de estada en hospitalización domiciliaria
A3.7_4		Personas Categorizadas C2 o ES12 atendidos Oportunamente en las UEH Adulto y Pediátrico
A3.8_1	a	Resolución de Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas
A3.8_1	b	Resolución de lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia con destino atención primaria de salud.
A3.8_2	a	Resolución de casos en LE para CNE médica con antigüedad sobre el percentil 75
A3.8_2	b	Resolución de casos en LE para CNE odontológica con antigüedad sobre el percentil 75
A3.8_2	c	Resolución de casos en LE para Intervenciones Quirúrgicas con antigüedad sobre el percentil 75
A3.8_3		Porcentaje de Cumplimiento Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red
A3.8_4	a	Lista de Espera de intervención quirúrgica por problemas de salud oncológicos NO GES resueltos en menos de 90 días
A3.8_4	b	Cumplimiento de garantías GES en problemas de Salud Oncológicos
C3.1_1		Proceso de Autoevaluación ejecutado por el establecimiento con solicitud de acreditación de calidad ante la Superintendencia de Salud (SIS) en el periodo.
C3.1_2		Porcentaje de supervisiones del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI) realizadas por referente de calidad del SSM
C3.1_3		Proporción de Hospitales de la red con evaluación externa vigente en cumplimiento del Programa de Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención en Salud.



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 25

Objetivo Estratégico N°3:

“Garantizar el uso eficiente y oportuno de los recursos presupuestarios y financieros en la red asistencial de Magallanes, fortaleciendo la adecuada programación y coordinación de procesos logísticos y operativos, e incorporando e innovando la aplicación de estrategias de Digitalización, Interoperabilidad, Seguridad de la Información y Telecomunicaciones”


Líneas Estratégicas OE-3

COD	Líneas Estratégicas
D1	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.
D1	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo
B2	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información

Indicadores de desempeño OE-3

COD	S	Nombre de Indicadores
B2.4_1		Porcentaje de establecimientos de la red asistencial con Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) implementado y en operación.
B2.4_2		Porcentaje de establecimientos con implementación efectiva de sistemas de gestión clínica interoperables en la red asistencial
B2.4_3	a	Porcentaje de establecimientos de la red asistencial con implementación efectiva del sistema de gestión documental FÉNIX.
B2.4_3	b	Porcentaje de establecimientos dependientes de la DSSM con implementación efectiva del sistema de gestión de recursos humanos HARMONIA.
B2.4_3	c	Implementación efectiva del sistema de gestión de convenios TENDER en la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.
B2.4_4		Implementación de la Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional.
B2.4_5		Porcentaje de cumplimiento en Hitos de Interoperabilidad por Establecimiento.
B2.4_6	a	Índice Innovación en Salud de la Subdirección de Gestión Asistencial.
B2.4_6	b	Porcentaje de implementación de pilotos en la Red Asistencial del SS Magallanes.
D1.2_1		Índice de fortalecimiento técnico en control presupuestario.
D1.2_2		Índice de cumplimiento de reportes presupuestarios institucionales.
D1.2_3		Índice de implementación de estrategias de distribución y ajuste presupuestario.
D1.2_4	a	Porcentaje de variación en la estimación presupuestaria del Subtitulo 21 respecto al gasto ejecutado.
D1.2_4	b	Porcentaje de variación de la ejecución presupuestaria del Subtítulo 21.
D1.2_5	a	Porcentaje de variación en la estimación presupuestaria del Subtitulo 22 respecto al gasto ejecutado.
D1.2_5	b	Índice de Pagos Oportunos
D1.3_1		Índice de Oportunidad en la Transferencia de recursos a Municipalidades.
D1.3_2		Índice de contratos no renovados oportunamente.
D1.3_3		Índice de identificación patrimonial de bienes de la Dirección del Servicio.



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 26

Objetivo Estratégico N°4:

“Potenciar la política de Gestión de Personas, mejorando las condiciones laborales de los funcionarios/os del Servicio de Salud Magallanes y su red de establecimientos, garantizando sus derechos y su bienestar; además de su desarrollo profesional, mediante la implementación de un sistema de capacitación y formación continua que integre una perspectiva de género e interculturalidad, y que fomente la participación y el compromiso de la comunidad y el territorio”


Líneas Estratégica OE-4

COD	Líneas Estratégicas
B2	Consolidar la política de Gestión y Desarrollo de Personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM
B2	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal
B2	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red

Indicadores de desempeño OE-4

COD	S	Nombre de Indicadores
B2.1_1		Porcentaje de procesos administrativos formalizados y actualizados conforme a la normativa vigente.
B2.1_2		Porcentaje de funcionarios que declaran conocer y comprender la Política de Gestión y Desarrollo de Personas.
B2.1_3		Porcentaje de funcionarios que declaran conocer y comprender sus derechos y deberes funcionarios.
B2.2_1		Índice de implementación de acciones que promuevan el buen trato laboral en la DSSM.
B2.2_2	a	Porcentaje de recetas médicas tramitadas oportunamente por la Unidad de Salud funcionaria.
B2.2_2	b	Porcentaje de funcionarios/as con ausentismo por LM común mayor a 3 meses, que cuentan con plan de reintegro ejecutado.
B2.2_2	c	Porcentaje de cobertura en seguimiento efectivo a funcionarios/as con ausentismo prolongado en DSSM (>180).
B2.3_1		Porcentaje de actividades formativas ejecutadas que responden a brechas o necesidades priorizadas en los diagnósticos con enfoque territorial.
B2.3_2		Porcentaje de funcionarios/as de la dotación del personal capacitados/as en temas transversales, según indicaciones anuales del MINSAL.



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 27

Objetivo Estratégico N°5:

“Asegurar el óptimo desarrollo de las iniciativas de inversión y conservaciones de infraestructura, equipos, equipamiento y vehículos de la red asistencial de la Región de Magallanes, desde una perspectiva de equidad y territorialidad”


Líneas Estratégica OE-5

COD	Líneas Estratégicas
B3	Optimizar la disponibilidad y condiciones operativas de la infraestructura y flota vehicular de la red.
D1	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial

Indicadores de desempeño OE-5

COD	S	Nombre de Indicadores
B3.2_1		Índice de Operatividad de la Flota Vehicular
B3.2_2		Índice de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de la Dirección Servicio de Salud Magallanes
D1.1_1		Índice de Cumplimiento de Reuniones de Seguimiento del Convenio de Programación GORE-MINSAL
D1.1_2		Índice de Aprobación Técnica (RS) por parte del MIDESO de Iniciativas de Inversión en Infraestructura APS
D1.1_3		Índice de Iniciativas de Inversión en Salud Mental con diseño aprobado para ejecución



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 28

Objetivo Estratégico N°6:

“Consolidar una gobernanza institucional sólida, transparente y participativa, que oriente la gestión hacia la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos estratégicos”

Líneas Estratégica OE-6

COD	Líneas Estratégicas
A4	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial
B3	Fortalecer la Gobernanza Institucional

Indicadores de desempeño OE-6

COD	S	Nombre de Indicadores
A4.1_1		Porcentaje de capacitaciones en salud intercultural realizadas para equipos de salud y representantes de pueblos indígenas.
A4.1_2		Porcentaje de establecimientos que implementan estrategias de medición y mejora continua para promover la satisfacción usuaria y la atención humanizada.
A4.1_3		Porcentaje de cumplimiento diálogos y conversatorios contenidos en el Plan Anual de Participación.
B3.1_1		Porcentaje de tableros de control de gestión elaborados respecto del total de instrumentos ministeriales o requerimientos institucionales formalizados en el año T.
B3.1_2		Porcentaje de instancias de fortalecimiento de capacidades técnicas en materias de planificación y control de gestión.
B3.1_3	a	Porcentaje de cumplimiento de auditorías ministeriales programadas en el plan anual de auditoría.
B3.1_3	b	Porcentaje de Cumplimiento de auditorías institucionales programadas en el plan anual de auditoría.
B3.1_4		Porcentaje de procesos críticos priorizados abordados por la institución.
B3.1_5		Porcentaje de planes de mejora implementados, derivados de actividades de Control Interno.
B3.1_6		Porcentaje de publicaciones institucionales con valoración positiva o informativa en medios y plataformas de comunicación.
B3.1_7		Porcentaje sumarios VALS entregados por fiscales en el plazo estipulado en el Estatuto Administrativo.
B3.1_8		Porcentaje de juicios en los que el SSM obre como demandado, con resultados favorables.
B3.1_9		Índice de cumplimiento de la implementación del Plan del modelo de gobierno de datos.
B3.1_10		Cobertura de instancias de coordinación de la Red Asistencial vigentes y formalizadas.



Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
	Fecha elaboración	Octubre 2025
Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
	Número de Páginas	Página 29

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Como parte inherente de todo proceso de planificación, resulta fundamental medir el nivel de implementación y avance en relación con los Objetivos Estratégicos definidos. En este contexto, el presente proceso incorpora una estructura de medición que permite evaluar el grado de cumplimiento de dichos objetivos, considerando en primera instancia la ponderación relativa de cada uno dentro del conjunto de la planificación estratégica institucional.

En tal sentido, y conforme a las definiciones establecidas por la autoridad institucional, se determinó que los indicadores de carácter asistencial, asociados a los Objetivos Estratégicos N°1 y N°2, poseen un peso relativo superior respecto de aquellos indicadores de naturaleza no asistencial. Esta diferenciación obedece al mayor impacto sanitario y estratégico que dichos objetivos representan dentro del marco de gestión institucional.

La ponderación definida se detalla a continuación:

OE	N° Líneas Estratégicas	N° de Indicadores	Ponderación por Indicador
Objetivo Estratégico N° 1	5	14	1.5%
Objetivo Estratégico N° 2	4	20	1.6%
Objetivo Estratégico N° 3	3	19	1.0%
Objetivo Estratégico N° 4	3	9	1.0%
Objetivo Estratégico N° 5	2	5	1.0%
Objetivo Estratégico N° 6	2	14	1.0%

De esta forma, se evidencia que los Objetivos Estratégicos N°1 y N°2 concentran más del 50% del peso total del instrumento, reflejando la priorización institucional de los ámbitos asistenciales como ejes centrales de la gestión estratégica y del cumplimiento de los compromisos de desempeño sanitario.

La evaluación de esta planificación se sustenta en un modelo de medición del cumplimiento de metas, vinculado directamente a los indicadores de desempeño definidos para cada Línea Operativa y Estratégica. A cada indicador se le aplica el factor de ponderación correspondiente, lo que, al integrarse con la totalidad de los indicadores suscritos, entrega un resultado consolidado que refleja el nivel de cumplimiento anual de la planificación.

Cada indicador cuenta con metas previamente establecidas y descritas, las cuales pueden adoptar distintas modalidades de medición: dicotómicas (cumple / no cumple), proporcionales (porcentaje de avance) o basadas en tablas de sensibilidad de cumplimiento.

En el caso de los indicadores de cumplimiento proporcional, la ponderación asignada se aplicará únicamente cuando el indicador supere el umbral del 65% de cumplimiento de su meta anual. En caso contrario, se aplicará una ponderación equivalente a 0%, reflejando la ausencia de cumplimiento efectivo dentro del marco evaluativo. Por su parte, en los indicadores evaluados mediante tablas de sensibilidad, se aplicará explícitamente el rango de cumplimiento establecido en la ficha técnica del indicador, conforme a los criterios definidos para cada tramo de desempeño.



PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN

La evaluación de la planificación estratégica institucional de la Dirección del Servicio se llevará a cabo durante los meses de febrero y marzo de los años 2026, 2027 y 2028, respectivamente, una vez efectuados los cierres oficiales de los sistemas de información ministeriales correspondientes al período evaluado.

Respecto de los indicadores cuya fuente de información es de carácter oficial (SIGGES, SIGTE, SICDE, SIGFE, REM, entre otros), se considerará como referencia el cierre calendario del año t, es decir, el cierre oficial establecido por cada uno de los sistemas de información antes mencionados.

Asimismo, se establecerá un régimen interno de monitoreo de la presente planificación estratégica, con el propósito de entregar a la autoridad institucional reportes periódicos de avance y gestión. Este monitoreo será efectuado por el Departamento de Planificación y Control de Gestión, con una periodicidad cuatrimestral, es decir, en tres instancias dentro del año calendario.

En este marco, todos los indicadores cuya fuente de información sea de carácter local serán de responsabilidad directa de la Subdirección o Departamento correspondiente, debiendo reportar dentro de los plazos establecidos por el Departamento de Planificación y Control de Gestión. En caso de que, al momento del corte oficial de verificables, la información no haya sido oportunamente reportada, el indicador será ponderado con un valor de cumplimiento equivalente a 0%, quedando registrada la ausencia de verificación en el instrumento oficial de monitoreo.

Los monitoreos se efectuarán en las siguientes fechas:

Mes de evaluación	Fecha de reporte indicadores Locales	Fecha de entrega evaluación
Diciembre 2025	Febrero 2026	Marzo 2026
Abril 2026	Mayo 2026	Junio 2026
Agosto 2026	Septiembre 2026	Octubre 2026
Diciembre 2026	Enero 2027	Febrero - Marzo 2027
Abril 2027	Mayo 2027	Junio 2027
Agosto 2027	Septiembre 2027	Octubre 2027
Diciembre 2027	Enero 2028	Febrero - Marzo 2028

El proceso de monitoreo, reportería y evaluación se efectuará mediante el Sistema de Verificables alojado en el SharePoint institucional, complementado con paneles de reportería en Power BI, los cuales serán diseñados y administrados por el Departamento de Planificación y Control de Gestión de la Dirección del Servicio de Salud. Estas herramientas permitirán consolidar la información, visualizar el avance de los indicadores y facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia, garantizando trazabilidad, transparencia y acceso oportuno a los resultados de gestión.



ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Los indicadores de desempeño propuestos para este proceso de planificación presentan una estructura metodológica homogénea, diseñada para asegurar coherencia, comparabilidad y trazabilidad en su aplicación.

A) Nombre del Indicador y Código BSC

- Denominación formal que identifica el indicador y permite su referencia unívoca dentro del sistema de planificación
- Asigna el código correspondiente según la metodología del *Balanced Scorecard (BSC)*, asegurando trazabilidad y consistencia en el seguimiento institucional.

B) Descripción general del indicador

- Define de manera sintética el propósito, alcance y sentido del indicador, explicando qué mide y por qué es relevante para la gestión.

C) Identificación de Línea Estratégica y Operativa

- Vincula el indicador con los niveles superiores del marco estratégico, especificando a qué Línea Estratégica y Operativa tributa directamente.

D) Unidades de medidas

- Determina la forma cuantitativa o cualitativa en que se expresa el resultado del indicador (porcentaje, número absoluto, tasa, índice, etc.).

E) Metas de logro

- Establece los valores esperados o compromisos de desempeño que deben alcanzarse en un período determinado, de acuerdo con los objetivos institucionales.

F) Fuentes de Información

- Identifica los sistemas, bases de datos o registros desde los cuales se obtiene la información necesaria para el cálculo y validación del indicador.


G) Polaridad del Indicador

- Indica la dirección deseada de desempeño, determinando si un valor mayor o menor representa un mejor resultado (ej.: ascendente, descendente o neutra).

H) Consideraciones Técnicas:


- Describe los supuestos metodológicos, fórmulas de cálculo, unidades de observación, frecuencia de medición y eventuales restricciones operativas asociadas al indicador. Este apartado garantiza la consistencia técnica y la comparabilidad de los resultados a lo largo del tiempo.



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 32

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 33

Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°1

A3.1_1 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE APS QUE CUMPLEN CON EL 100% DE LOS INDICADORES OBLIGATORIOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MAIS


Descripción General del Indicador:

El indicador “Porcentaje de establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) que cumplen con el 100% de los indicadores obligatorios del instrumento de evaluación para la certificación MAIS” mide el grado de avance de los establecimientos de la red APS hacia la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario y Territorial (MAIS).

Su objetivo es monitorear la implementación efectiva del modelo integral en los distintos tipos de establecimientos CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural (PSR) y Hospitales Comunitarios, verificando el cumplimiento total de los estándares e indicadores obligatorios definidos en el instrumento ministerial de certificación MAIS.

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE APS QUE CUMPLEN CON EL 100% DE LOS INDICADORES OBLIGATORIOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MAIS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud y Comunitario y Estrategia ECICEP en la Red APS de Magallanes	
Línea Operativa	Implementar un modelo de atención integral en salud (CESFAM, CECOSF, PSR, y Hospitales Comunitarios), que anticipe y aborde el riesgo de salud de la población a cargo	
Código BSC	A3.1_1	
Numerador	N° total de establecimientos de APS que cumplen con el 100% de los indicadores obligatorios del instrumento MAIS a certificar cada año	
Denominador	N° total de establecimientos de APS que se deben certificar con el instrumento MAIS cada año	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100% postas de salud Rural y Hospitales Comunitarios	
Meta Año 2	100% CESFAM y CECOSF	
Meta Año 3	N/A	
Línea Base	No Aplica.	
Fuente de Información Numerador	Plataforma Ministerial MAIS	
Fuente de Información Denominador	Plataforma Ministerial MAIS	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Sin consideraciones técnicas.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 34


A3.1_2 PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE APS UNIVERSAL EN COMUNAS PIONERAS DE LA REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA

Descripción General del Indicador:

El “Porcentaje de implementación de APS Universal en comunas pioneras de la Región de Magallanes y la Antártica Chilena” mide el grado de avance en la ejecución del modelo de APS Universal en los territorios priorizados como pioneros por el Ministerio de Salud. Este indicador permite evaluar el cumplimiento de las actividades comprometidas en los acuerdos administrativos vigentes con los municipios participantes, reflejando el progreso real en la adopción y consolidación del modelo de atención integral, comunitario y centrado en las personas.

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE APS UNIVERSAL EN COMUNAS PIONERAS DE LA REGIÓN DE MAGALLANES Y LA ANTÁRTICA CHILENA		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el Modelo de atención Integral en Salud y comunitario y estrategia ECICEP en la Red APS de Magallanes	
Línea Operativa	Garantizar la implementación progresiva del modelo de APS Universal, fortaleciendo la continuidad en comunas pioneras y su expansión en territorios de avanzada	
Código BSC	A3.1_2	
Numerador	N° de actividades cumplidas en comunas pioneras según acuerdo administrativo vigente	
Denominador	N° total de actividades comprometidas en el acuerdo administrativo vigente de las comunas pioneras	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	≥80% de las actividades comprometidas en el año en curso	
Meta Año 2	≥80% de las actividades comprometidas en el año en curso	
Meta Año 3	≥80% de las actividades comprometidas en el año en curso	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Meta año 1: Corresponde sólo a la comuna pionera de Natales</p> <p>Meta año 2: Corresponde a la comuna pionera de Natales, más la comuna que se incorpora de acuerdo a instrucción ministerial</p> <p>Meta año 3: corresponde a la comuna pionera de Natales, más la comuna que se incorpora de acuerdo a instrucción ministerial</p> <p>* Se debe considerar que la continuidad de la estrategia APS Universal y los recursos financieros asociados a ella, son dependientes de la continuidad del PRAPS y la incorporación de nuevas comunas pioneras dependerá de la intención de postular de cada Municipio y del proceso de selección y evaluación por parte del MINSAL.</p> <p>* La continuidad o no del programa APS Universal para el año 2026, dependerá de la nueva administración del Estado de Chile.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 35

A3.2_1 COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADO A HOMBRES DE 20 A 64 AÑOS

Descripción General del Indicador

El “Porcentaje de cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a hombres de 20 a 64 años” mide el nivel de cumplimiento en la ejecución de controles preventivos de salud en la población masculina adulta inscrita en la red de Atención Primaria de Salud (APS) de la región. Este indicador permite evaluar el grado de avance en la pesquisa, detección temprana y manejo oportuno de factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA).

Su seguimiento contribuye al fortalecimiento del enfoque de prevención y promoción de la salud a lo largo del curso de vida, en concordancia con los lineamientos ministeriales y la estrategia regional de aumentar la cobertura efectiva en población bajo control.

COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADO A HOMBRES DE 20 A 64 AÑOS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida.	
Línea Operativa	Aumentar la pesquisa y diagnóstico oportuno de personas con DM2/HTA en el curso de vida.	
Código BSC	A3.2_1	
Numerador	N° de EMP realizados en población de hombres de 20 a 64 años en el período evaluado	
Denominador	Población de hombres de 20 a 64 años inscrita validada del período	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	15%	
Meta Año 2	17,5%	
Meta Año 3	20,2%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p><u>Meta de producción.</u></p> <p>Datos para la definición de la Meta: Resultado diciembre 2024; 13,3%, Cobertura a julio 2025; 9,33 %, Meta País IAAPS 30%. Indicador de alcance regional.</p> <p>Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.</p> <p>Población Inscrita Validada: Población sancionada por resolución de la Dirección de SS, elaborada por el Depto. de Estadística de la SDGA, cada año.</p>	




A3.2_2a PORCENTAJE DE COBERTURA EFECTIVA DE DM2

Descripción General del Indicador

El indicador mide el grado de efectividad en la atención integral de las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) bajo control en la red asistencial, considerando como parámetro de control metabólico una hemoglobina glicosilada (HbA1c) en rangos adecuados según grupo etario. Evalúa la proporción de personas con DM2 que alcanzan metas de control glicémico (<7% para personas entre 15 y 79 años, y <8% para personas de 80 años y más) respecto del total de personas estimadas con diagnóstico de DM2 según prevalencia poblacional vigente.

PORCENTAJE DE COBERTURA EFECTIVA DE DM2		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida	
Línea Operativa	Mejorar la cobertura efectiva y continuidad del tratamiento en personas con DM2 e HTA, promoviendo adherencia terapéutica y control metabólico	
Código BSC	A3.2_2a	
Numerador	Número de personas bajo control con diagnóstico de DM2, con HbA1c menor a 7% (15 a 79 años) + Número de personas bajo control con diagnóstico de DM2, con HbA1c menor a 8% (mayores de 80 años), en el año t.	
Denominador	Número de personas con diagnóstico de DM según prevalencia de 15 años y más, en el año t.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	31%	
Meta Año 2	32%	
Meta Año 3	33%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador Meta 19.813. Prevalencias para el cálculo del denominador del indicador según OOTT Metas ley 19.813 de cada año.</p> <p>Metodología para cálculo de metas anuales: Año 1: 15 a 24 años: 1,8%, 25 a 44 años: 6,3%, 45 a 64 años: 18,3% y 65 y más años: 30,6%</p> <p>Resultado dic. 2024: 31,37%. Corte Julio 2025: 28,8%. Meta País: 29%</p> <p>Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 37

A3.2_2b PORCENTAJE DE COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS


Descripción General del Indicador

El indicador mide el grado de efectividad del control de la hipertensión arterial en la población de 15 años y más, inscrita y bajo control en la red asistencial de Atención Primaria de Salud (APS). Evalúa la proporción de personas diagnosticadas con hipertensión arterial que presentan cifras de presión arterial controladas (menor a 140/90 mmHg en personas de 15 a 79 años y menor a 150/90 mmHg en mayores de 80 años), en relación con el total estimado de personas hipertenensas según prevalencia poblacional.

Este indicador permite estimar el impacto de las intervenciones de salud cardiovascular, reflejando tanto la cobertura como la efectividad del tratamiento y el seguimiento clínico continuo en la población hipertenso. Asimismo, contribuye al monitoreo del cumplimiento de las metas nacionales establecidas en la Ley 19.813 y en los Objetivos Sanitarios del país.

PORCENTAJE DE COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Incrementar la cobertura en población bajo control, con enfoque de riesgo y a lo largo del curso de vida	
Línea Operativa	Mejorar la cobertura efectiva y continuidad del tratamiento en personas con DM2 e HTA, promoviendo adherencia terapéutica y control metabólico	
Código BSC	A3.2_2b	
Numerador	Número de personas bajo control con diagnóstico de HTA, con presión arterial menor a 140/90 mmHg (15 a 79 años) + Número de personas bajo control con diagnóstico de HTA, con presión arterial menor a 150/90 mmHg (mayores de 80 años), en el año t.	
Denominador	Número de personas con diagnóstico de HTA según prevalencia de 15 años y más, en el año t.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	34,0%	
Meta Año 2	36,8%	
Meta Año 3	39,5%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica. Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Indicador Meta 19.813. Prevalencias para el cálculo del denominador del indicador según OOTT Metas ley 19.813 de cada año. Dato para definir la meta: Año 1: 15 a 24 años: 0,7%, 25 a 44 años: 10,6%, 45 a 64 años: 45,1% y 65 y más años: 73,3%. Resultado diciembre 2024: 33,6%. Corte Julio 2025: 28,8%. Meta País: 45% Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 38

A3.3_1a COBERTURA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DM2 CON EVALUACIÓN DE FUNCIÓN RENAL (RAC+VFGe) VIGENTE.


Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con evaluación de función renal (RAC + VFGe) vigente” mide el grado de cumplimiento del tamizaje y seguimiento de la función renal en la población con DM2 bajo control en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Su objetivo es evaluar la cobertura de exámenes de función renal vigentes, permitiendo la detección temprana de daño renal y la implementación oportuna de intervenciones para prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en personas con factores de riesgo metabólico y cardiovascular.

El seguimiento de este indicador permite evaluar el desempeño de la red asistencial en el manejo integral de las personas con DM2, promoviendo la pesquisa precoz de daño renal y la implementación de estrategias preventivas que eviten la progresión hacia etapas avanzadas de ERC. El logro progresivo de las metas establecidas refleja el fortalecimiento de las acciones preventivas en salud crónica y el compromiso de la red APS con la mejora continua de la calidad de la atención.

COBERTURA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DM2 CON EVALUACIÓN DE FUNCIÓN RENAL (RAC+VFGe) VIGENTE		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Prevenir y controlar la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo	
Línea Operativa	Fortalecer el tamizaje y diagnóstico precoz de enfermedad renal crónica en población con riesgo cardiovascular y metabólico	
Código BSC	A3.3_1a	
Numerador	Número de personas bajo control con diagnóstico de DM2 y con exámenes de función renal (VFGe y RAC) vigentes, en el año t	
Denominador	Número de personas bajo control con diagnóstico de DM2, en el año t.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	76%	
Meta Año 2	78%	
Meta Año 3	80%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador de PSCV.</p> <p>Resultado a Diciembre 2024: 74%. Corte junio 2025: 77,1%. Meta 80% a término del período de la Planificación estratégica. Cierre de brecha 100%.</p> <p>Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 39

A3.3_1b COBERTURA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE HTA CON EVALUACIÓN DE FUNCIÓN RENAL (RAC+VFGE) VIGENTE

Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de personas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) con evaluación de función renal (RAC + VFGe) vigente” evalúa el grado de cumplimiento del control y seguimiento renal en la población hipertensa bajo control en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Su propósito es monitorear el acceso efectivo al tamizaje y a la evaluación periódica de la función renal, contribuyendo a la detección precoz y control de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en personas con factores de riesgo cardiovascular y metabólico.

El seguimiento de este indicador permite orientar las acciones de gestión clínica y preventiva en la red asistencial, promoviendo la detección temprana de daño renal en personas con HTA y contribuyendo a reducir la carga de enfermedad renal crónica en la población. Su cumplimiento progresivo refleja el fortalecimiento del enfoque integral en el control de enfermedades crónicas no transmisibles y la consolidación del modelo de atención centrado en el riesgo cardiovascular.

COBERTURA DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE HTA CON EVALUACIÓN DE FUNCIÓN RENAL (RAC+VFGE) VIGENTE		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Prevenir y controlar la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo	
Línea Operativa	Fortalecer el tamizaje y diagnóstico precoz de enfermedad renal crónica en población con riesgo cardiovascular y metabólico	
Código BSC	A3.3_1b	
Numerador	Número de personas bajo control con diagnóstico de HTA y con exámenes de función renal (VFGe y RAC) vigentes, en el año t	
Denominador	Número de personas bajo control con diagnóstico de HTA, en el año t.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	74,5%	
Meta Año 2	77,2%	
Meta Año 3	80,0%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador de PSCV. Resultado a Diciembre 2024: 71,8%. Corte junio 2025: 73,7%. Meta 80% a término del período de la Planificación estratégica. Cierre de brecha 100%</p> <p>Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.</p>	



A3.4_1a COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 50 A 69 AÑOS, BENEFICIARIAS


Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, beneficiarias” mide el nivel de cobertura del examen de mamografía en la población objetivo inscrita en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Su propósito es monitorear el acceso y cumplimiento del tamizaje de cáncer de mama, contribuyendo a la detección precoz de esta patología y, con ello, a la reducción de la mortalidad de mujeres.

El seguimiento de este indicador permite evaluar el desempeño de la red asistencial en la implementación de la estrategia de tamizaje de cáncer de mama, asegurando la detección temprana de lesiones y mejorando las oportunidades de tratamiento oportuno. El avance progresivo hacia la meta contribuye directamente a los objetivos nacionales de salud pública orientados a reducir la incidencia de cáncer avanzado y la mortalidad por esta causa en mujeres de 50 a 69 años.

COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 50 A 69 AÑOS, BENEFICIARIAS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en cuidados paliativos	
Línea Operativa	Fortalecer e implementar la estrategia de Prevención del Cáncer	
Código BSC	A3.4_1a	
Numerador	Número de mujeres de 50-69 años inscritas validadas con tamizaje de cáncer de mama vigente	
Denominador	Total de mujeres de 50-69 años inscritas validadas	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	54%	
Meta Año 2	57%	
Meta Año 3	60%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		REM
Fuente de Información Denominador		REM
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Resultado indicador diciembre 2024: 53,8%. Meta País: 70 %. Cierre de brecha de un 38%.	
	Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.	
	Población Inscrita Validada: Población sancionada por resolución de la Dirección de SS, elaborada por el Depto. de Estadística de la SDGA, cada año.	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 41

A3.4_1b COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN PERSONAS CON CUELLO UTERINO DE 25 A 64 AÑOS, PERTENECIENTES BENEFICIARIAS


Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino en personas con cuello uterino de 25 a 64 años, beneficiarias inscritas validadas” mide el grado de cumplimiento de la estrategia de prevención secundaria del cáncer cervicouterino, mediante la realización de tamizajes vigentes en la población objetivo adscrita a la red. Su propósito es evaluar la cobertura del examen preventivo, favoreciendo la detección precoz de lesiones precursoras y la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

El seguimiento de este indicador permite monitorear la implementación efectiva del tamizaje de cáncer cervicouterino en la población beneficiaria, asegurando la cobertura oportuna del examen y la captación de personas en riesgo. Su cumplimiento progresivo contribuye directamente al logro de las metas nacionales del Programa de Prevención del Cáncer, fortaleciendo las acciones de salud pública orientadas a reducir la mortalidad evitable y mejorar la calidad de vida de las personas con patologías oncológicas.

COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN PERSONAS CON CUELLO UTERINO DE 25 A 64 AÑOS, PERTENECIENTES BENEFICIARIAS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y en cuidados paliativos	
Línea Operativa	Fortalecer e implementar la estrategia de Prevención del Cáncer	
Código BSC	A3.4_1b	
Numerador	Número de mujeres y trans masculinos de 25-64 años inscritas validadas con tamizaje de cáncer de cuello uterino vigente	
Denominador	Número de mujeres y trans masculinos de 25-64 años inscritas validadas	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	67,7%	
Meta Año 2	69,7%	
Meta Año 3	71,7%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Resultado del indicador a diciembre 2024: 63,3%. Meta país 80%. Cierre de 50% de brecha respecto de diciembre 2024.</p> <p>Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.</p> <p>Población Inscrita Validada: Población sancionada por resolución de la Dirección de SS, elaborada por el Depto. de Estadística de la SDGA, cada año.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 42

A3.5_1 CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.


Descripción general del indicador

El indicador “Cumplimiento en la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en salud de los Planes de Promoción de los establecimientos de Atención Primaria” mide el grado de cumplimiento de las actividades planificadas de promoción y prevención en salud desarrolladas fuera del establecimiento (extramurales) por parte de los dispositivos de Atención Primaria de Salud (APS).

El seguimiento de este indicador permite evaluar la capacidad de respuesta y articulación comunitaria de la red APS, así como el cumplimiento efectivo de los compromisos de promoción y prevención establecidos en los planes locales. Su cumplimiento progresivo refleja un fortalecimiento del enfoque territorial e intersectorial, y contribuye al logro del objetivo estratégico de consolidar una APS promotora de salud, centrada en las personas y las comunidades.

CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS	
Línea Operativa	Desarrollar y fortalecer actividades extramurales de promoción y prevención en salud en APS	
Código BSC	A3.5_1	
Numerador	N° de actividades extramurales de promoción y prevención ejecutadas en el año t	
Denominador	N° de actividades extramurales planificadas en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>70%	
Meta Año 2	>85%	
Meta Año 3	>90%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Año 1: Referente técnico remitirá a UAGPS cronograma vigente de actividades extramurales de la red.</p> <p>Año 2 y Año 3: Se definirá cronograma de Actividades Extramurales, por establecimiento, reportado a UAGPS como máximo en mes de mayo de cada año.</p> <p>Para cada año se remitirá un informe de evaluación del indicador.</p> <p>Indicador aplica a los siguientes establecimientos de APS: CESFAM, CECOSF y Hospitales Comunitarios.</p>	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 43

A3.5_2 CUMPLIMIENTO DE CAMPAÑAS COMUNICACIONALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN LA COMUNA DE PUNTA ARENAS

Descripción general del indicador


El indicador “Cumplimiento de campañas comunicacionales de promoción y prevención en salud en la comuna de Punta Arenas” permite medir el grado de ejecución de las actividades planificadas orientadas a promover la salud y prevenir enfermedades en la comunidad, mediante estrategias comunicacionales y educativas desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS).

Su propósito es evaluar la implementación efectiva del plan anual de campañas comunicacionales y educativas, asegurando la difusión oportuna y pertinente de mensajes de salud pública que favorezcan conductas saludables, el autocuidado y la participación comunitaria.

El seguimiento de este indicador permite monitorear la ejecución de estrategias de comunicación y educación en salud, asegurando la coherencia entre la planificación y las acciones implementadas. Además, contribuye al fortalecimiento del enfoque promocional en APS, fomentando la participación activa de la comunidad y el posicionamiento de la salud pública como eje central del bienestar local.

CUMPLIMIENTO DE CAMPAÑAS COMUNICACIONALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD EN LA COMUNA DE PUNTA ARENAS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS	
Línea Operativa	Promover la salud en la comunidad a través de estrategias comunicacionales y educativas	
Código BSC	A3.5_2	
Numerador	N° de campañas comunicacionales y educativas realizadas en el año t	
Denominador	N° de campañas comunicacionales y educativas planificadas en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>50%	
Meta Año 2	>70%	
Meta Año 3	>90%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Año 1: Referente técnico remitirá a UAGPS cronograma vigente de actividades campañas comunicacionales y educativas planificadas.</p> <p>Año 2 y Año 3: Se definirá cronograma de actividades campañas comunicacionales y educativas, reportando a UAGPS como máximo en mes de mayo de cada año.</p> <p>Referente SSM confeccionará informe de cumplimiento por año.</p> <p>Nota: Plan de diseño en conjunto con referente de Promoción CORMUPA y SSM. Se remitirá Plan al Dpto. de Comunicaciones del SS para incorporarlo en su programación.</p>	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 44

A3.5_3a COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADO A MUJERES DE 20 A 64 AÑOS


Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a mujeres de 20 a 64 años” mide el nivel de cumplimiento de la estrategia de promoción y prevención en salud a través de la realización de exámenes preventivos a mujeres en edad adulta inscritas en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Su propósito es evaluar la cobertura efectiva de los EMP, orientados a la detección precoz de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles, contribuyendo a la mejora del estado de salud y la calidad de vida de la población.

El seguimiento de este indicador permite monitorear la efectividad de las acciones preventivas en salud ejecutadas por la red asistencial, identificando brechas en la captación de la población femenina adulta y en la oportunidad de realización del EMP. Su cumplimiento progresivo contribuye directamente al fortalecimiento del modelo de atención integral en salud, basado en la prevención, la detección precoz y la promoción de estilos de vida saludables, en coherencia con las metas nacionales de salud pública.

COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA REALIZADO A MUJERES DE 20 A 64 AÑOS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS	
Línea Operativa	Fortalecer la prevención en salud mediante la cobertura efectiva de los Exámenes de Medicina Preventiva	
Código BSC	A3.5_3a	
Numerador	N° de Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) realizados en mujeres de 20 a 64 años en el período evaluado	
Denominador	Población de mujeres de 20 a 64 años inscrita validada-Población de embarazadas de 20 a 54 años	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	21%	
Meta Año 2	23%	
Meta Año 3	25%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Meta de producción. En el denominador se restarán las gestantes de cada año. Resultado diciembre 2024: 19,91%. Resultado julio 2025: 12,75%. Meta país: 25%	
	Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.	
	Población Inscrita Validada: Población sancionada por resolución de la Dirección de SS, elaborada por el Depto. de Estadística de la SDGA, cada año.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 45

A3.5_3b COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS

Descripción general del indicador

El indicador “Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más” mide el grado de cumplimiento en la realización del Examen de Medicina Preventiva (EMP) en la población adulta mayor inscrita en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Su propósito es evaluar la cobertura efectiva de las acciones preventivas integrales, orientadas a la detección precoz de factores de riesgo y enfermedades crónicas, promoviendo la mantención de la funcionalidad, la autonomía y una mejor calidad de vida en las personas mayores.

El seguimiento de este indicador permite evaluar el desempeño de la red asistencial en la implementación de estrategias de prevención y detección temprana de enfermedades en personas mayores, contribuyendo a disminuir la carga de morbilidad, evitar complicaciones asociadas a enfermedades crónicas y fortalecer el enfoque de salud integral y preventiva en la APS. El cumplimiento progresivo de las metas definidas refleja el compromiso institucional con la promoción del envejecimiento saludable y la prevención del deterioro funcional en la población adulta mayor.

COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS	
Línea Operativa	Fortalecer la prevención en salud mediante la cobertura efectiva de los Exámenes de Medicina Preventiva	
Código BSC	A3.5_3b	
Numerador	N° de Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) realizados en adultos de 65 y más años	
Denominador	Población inscrita validada de 65 años y más	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	48%	
Meta Año 2	52%	
Meta Año 3	55%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Meta de producción. Resultado diciembre 2024: 44,77%. Resultado julio 2025: 26,41%. Meta país: 55%	
	Indicador de alcance regional. Considera todos los establecimientos de APS. CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios y PSR.	
	Población Inscrita Validada: Población sancionada por resolución de la Dirección de SS, elaborada por el Depto. de Estadística de la SDGA, cada año.	



A3.5_4 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE INSTANCIAS INTERSECTORIALES EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de ejecución de instancias intersectoriales en promoción y prevención de la salud” mide el nivel de cumplimiento de las acciones coordinadas entre el sector salud y otras instituciones públicas, privadas y comunitarias, orientadas a fortalecer la promoción y prevención de la salud en el ámbito de la Atención Primaria (APS). Su objetivo es evaluar el grado de ejecución de las instancias intersectoriales planificadas, reflejando el compromiso de la red asistencial con el enfoque integral y colaborativo en salud pública.

El seguimiento de este indicador permite monitorear la capacidad de articulación del sector salud con otros actores relevantes del territorio, fortaleciendo el trabajo en red y la implementación de estrategias integrales que promuevan entornos saludables, bienestar y equidad sanitaria en la población.

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE INSTANCIAS INTERSECTORIALES EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Promoción y Prevención en Salud en APS	
Línea Operativa	Integrar acciones intersectoriales y participación de organizaciones comunitarias en la planificación y ejecución de estrategias de promoción y prevención	
Código BSC	A3.5_4	
Numerador	N° de instancias intersectoriales realizadas en el año t	
Denominador	N° de instancias planificadas en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>70%	
Meta Año 2	>85%	
Meta Año 3	>90%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Indicador contempla las siguientes instancias intersectoriales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mesa regional de promoción de la salud• Comité estrategia para detener el aceleramiento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes• Mesa sembrando sonrisas• Mesa prevención del suicidio <p>Considerando que la convocatoria no es del SSM, cada referente informará en el mes de junio y diciembre las actividades a las cuales se convocó a participar.</p>	



Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°2

A3.6_1 CUMPLIMIENTO DEL PORCENTAJE DE CNE DE PSIQUIATRÍA ADULTO E INFANTOADOLESCENTE


Descripción General del Indicador

El indicador mide el grado de cumplimiento de las Consultas Nueva de Especialidad (CNE) realizadas en las especialidades de Psiquiatría Adulto e Infantojuvenil, en relación con el total de consultas y controles ejecutados en dichas áreas durante el año. Su propósito es monitorear la capacidad resolutive, la oportunidad y la eficiencia en la respuesta asistencial de la red de salud mental, tanto en el nivel hospitalario (CAE HCM) como en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

Este indicador permite evaluar el avance en la implementación de estrategias destinadas a fortalecer la red de atención en salud mental, garantizando una adecuada cobertura y continuidad de la atención para personas con trastornos mentales. Además, contribuye a orientar la gestión hacia el cumplimiento de las metas nacionales definidas en el ámbito de la salud mental, en coherencia con la Meta COMGES que establece un 20% como referencia para la especialidad de Psiquiatría.

CUMPLIMIENTO DEL PORCENTAJE DE CNE DE PSIQUIATRÍA ADULTO E INFANTOADOLESCENTE		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la red de atención en salud mental	
Línea Operativa	Aumentar la cobertura de la demanda y concentración de atención de personas con trastornos mentales.	
Código BSC	A3.6_1	
Numerador	N° total de CNE de psiquiatría adulto e Infanto adolescente ejecutadas en el año	
Denominador	N° total de consultas y controles de psiquiatría adulto e Infanto adolescente ejecutados en el año.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	10%	
Meta Año 2	12,5%	
Meta Año 3	15%	
Linea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Aplica a los siguientes establecimientos con producción ambulatoria de especialidad de Psiquiatría: CAE HCM y COSAM. Meta COMGES 2025: 20% para la especialidad Psiquiatría. Tabla de Sensibilidad: >=95 - 100% = 100 % cumplimiento > 90 % - < 95 = 75% cumplimiento >= 80 % - 90% = 50 % cumplimiento <80% = 0 % cumplimiento	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 48

A3.6_2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE COMITÉS ESTABLECIDOS EN LA RTSM

Descripción General del Indicador


El indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Ejecución de Comités Establecidos en la Red Temática de Salud Mental (RTSM)” mide el grado de implementación efectiva de los comités programados en el territorio, orientados a fortalecer la coordinación, articulación y continuidad de los cuidados en salud mental entre los distintos niveles de atención.

Este indicador permite monitorear la gestión operativa y el cumplimiento de las instancias formales de trabajo colaborativo establecidas en la red, asegurando que los comités, como los de continuidad de cuidados y de ingreso a atención cerrada, se realicen según la planificación anual. Su cumplimiento refleja el compromiso de los equipos con la integración de servicios, la gestión de casos complejos y la garantía de la continuidad de la atención a lo largo del curso de vida.

Al alcanzar altos porcentajes de ejecución, se evidencia un funcionamiento efectivo de la red temática de salud mental, promoviendo la calidad, oportunidad y coordinación de las intervenciones intersectoriales y entre niveles asistenciales.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE COMITÉS ESTABLECIDOS EN LA RED TEMATICA DE SALUD MENTAL		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la red de atención en salud mental	
Línea Operativa	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	
Código BSC	A3.6_2	
Numerador	N° de comités RTSM ejecutados anualmente	
Denominador	N° de comités RTSM programados anualmente	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	80%	
Meta Año 2	80%	
Meta Año 3	80%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Indicador considera comité de continuidad de cuidados y de ingreso a la atención cerrada. Año 1: remitir a UAGPS resolución con programación 2025. Año 2 y 3: la resolución y calendario de reuniones debe remitirse a UAGPS como máximo el 30/03 de cada año. El numerador corresponderá a las actas de comités realizados.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 49

A3.7_1a PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIA REALIZADAS
POR ESPECIALIDADES MÉDICAS EN LA RED ASISTENCIAL


Descripción General del Indicador

El indicador mide el grado de cumplimiento del proceso de contrarreferencia por parte de las especialidades médicas priorizadas en la Red Asistencial, en relación con el total de altas registradas durante un período determinado.

Este indicador refleja el nivel de articulación y continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales, asegurando que los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) reciban una contra referencia oportuna desde el nivel secundario, fortaleciendo así la gestión del cuidado de los usuarios.

PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIA REALIZADAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS EN LA RED ASISTENCIAL		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Optimizar los procesos referencia y contrarreferencia desde APS al nivel secundario y fortalecer el monitoreo de la programación y reprogramación	
Código BSC	A3.7_1a	
Numerador	N° de contrarreferencia realizadas por las especialidades médicas priorizadas en el periodo	
Denominador	N° total de altas realizadas por las especialidades médicas priorizadas en el periodo	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No Aplica	
Meta Año 2	>= 40%	
Meta Año 3	>= 60%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	TELEMEDICAL	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador semestral, con consolidado anual para seguimiento estratégico. Se solicita al equipo SIDRA incorporar este indicador en el informe de contrarreferencias, visibilizando especialidades que aún no han implementado el proceso. Este indicador permite monitorear la expansión progresiva del modelo de contrarreferencia como práctica institucional, promoviendo la articulación clínica entre niveles. Se adjunta tabla de sensibilidad y LB a julio 2025.</p> <p><u>Tabla Sensibilidad Año 2</u> ≥ 40% - 100 % cumplimiento; 30% – 39% = 75 % cumplimiento 20% – 29% = 50 % cumplimiento; < 20% = 25 % cumplimiento, y; > 20 % = 0 % cumplimiento.</p> <p><u>Tabla Sensibilidad Año 3</u> ≥ 60% = 100 % Cumplimiento; 50% – 59% = 75% cumplimiento 40% – 49% = 50 % Cumplimiento; < 40% = 25 % cumplimiento, y; >40 % = 0 % cumplimiento</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 50

A3.7_1b PORCENTAJE DE ACTIVIDADES CLÍNICAS DE LA PROGRAMACIÓN MÉDICA Y NO MÉDICA PRIORIZADAS QUE SE REPRESENTAN EN LA AGENDA DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA

Descripción General del Indicador


El indicador “Porcentaje de actividades clínicas de la programación médica y no médica priorizadas que se representan en la agenda de establecimientos de atención secundaria” mide el grado de cumplimiento y coherencia entre la programación asistencial planificada y la efectivamente representada en la agenda de los establecimientos de atención secundaria.

Su propósito es evaluar la capacidad de gestión operativa y la eficiencia en la implementación de la programación clínica, asegurando que las actividades médicas y no médicas priorizadas estén efectivamente disponibles para la atención de los usuarios, en concordancia con las metas establecidas en los procesos de planificación sanitaria.

El cumplimiento de este indicador refleja una adecuada articulación entre la planificación, la programación y la ejecución de las actividades clínicas, siendo además un componente relevante del Compromiso de Gestión COMGES, orientado a fortalecer el monitoreo de la programación y reprogramación asistencial.

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES CLÍNICAS DE LA PROGRAMACIÓN MÉDICA Y NO MÉDICA PRIORIZADAS QUE SE REPRESENTAN EN LA AGENDA DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Optimizar los procesos referencia y contrarreferencia desde APS al nivel secundario y fortalecer el monitoreo de la programación y reprogramación	
Código BSC	A3.7_1b	
Numerador	(Total de consultas nuevas y controles médica realizadas) + (Total de consultas nuevas y controles no médica realizadas)	
Denominador	(Total de consultas nuevas y controles médica programadas) + (Total de consultas nuevas y controles no médicas programadas)	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=95%	
Meta Año 2	>=95%	
Meta Año 3	>=95%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador forma parte del COMGES 1.3. Esta meta podría ser ajustada por MINSAL en los próximos tres años, según evolución de la estrategia y criterios técnicos nacionales.</p> <p><u>Tabla Sensibilidad</u></p> <p>>= 95 % = 100 % cumplimiento 90% - 94% = 80% cumplimiento 85% - 89% = 60 % cumplimiento < 85% = 0% cumplimiento</p> <p>El cumplimiento de la programación medica tiene un peso de 70% y la no medica un 30%.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 51

A3.7_2a PERSONAS CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DESDE UEH, QUE ACCEDEN A CAMA DE DOTACIÓN EN MENOS DE 12 HORAS

Descripción general del indicador

El indicador “Personas con indicación de hospitalización desde UEH que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas” mide la eficiencia y oportunidad en el proceso de hospitalización dentro de la red asistencial. Evalúa la capacidad de respuesta del sistema hospitalario para gestionar adecuadamente la demanda de camas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), garantizando una atención oportuna y continua a los pacientes que requieren hospitalización.

Asimismo, permite monitorear el desempeño de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, identificando brechas en la oportunidad de hospitalización y orientando la toma de decisiones para mejorar la eficiencia hospitalaria y la continuidad del cuidado.

PERSONAS CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DESDE UEH, QUE ACCEDEN A CAMA DE DOTACIÓN EN MENOS DE 12 HORAS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Fortalecer el modelo de eficiencia Hospitalaria	
Código BSC	A3.7_2a	
Numerador	Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH t´ < 12 horas para acceder a cama de dotación	
Denominador	Número total de pacientes con indicación de hospitalización en la UEH	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=90%los pacientes acceden a cama de dotación en menos de 12 horas desde la indicación de hospitalización	
Meta Año 2	>=90%los pacientes acceden a cama de dotación en menos de 12 horas desde la indicación de hospitalización	
Meta Año 3	>=90%los pacientes acceden a cama de dotación en menos de 12 horas desde la indicación de hospitalización	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador COMGES 1.11/2025. Meta país >= de 85%. El cumplimiento del año 2024 en el HCM fue de un 95,4% y en el HAE de un 100%</p> <p>. Las metas años 2 y 3 podrían modificarse según OOTT COMGES respectivas.</p> <p><u>Tabla Sensibilidad</u></p> <p>>= 90 % = 100 % cumplimiento</p> <p>>= 85 % = 75% cumplimiento</p> <p>>= 80 % = 50 % cumplimiento</p> <p>>= 75 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 75 % = 0% de cumplimiento</p> <p>Ruta: REM A 08 Sección D</p>	



A3.7_2b RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA MAYOR ELECTIVOS

Descripción general del indicador:

El indicador mide la eficiencia operativa de los pabellones quirúrgicos destinados a cirugías mayores electivas en los hospitales de la red asistencial (HCM y HAE), expresando el promedio de cirugías realizadas por pabellón en un periodo determinado. Su propósito es evaluar el grado de utilización efectiva de la infraestructura quirúrgica disponible, identificando oportunidades de mejora en la programación, gestión del recurso humano, y optimización de tiempos quirúrgicos.

Este indicador constituye una herramienta clave para fortalecer el modelo de gestión por procesos hospitalarios, orientado a la eficiencia hospitalaria y al uso racional de los recursos asistenciales, en concordancia con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud (rendimiento estándar: 4,1 cirugías por pabellón).

RENDIMIENTO DE QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA MAYOR ELECTIVOS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Fortalecer el modelo de eficiencia Hospitalaria	
Código BSC	A3.7_2b	
Numerador	Numero de cirugías realizadas en pabellones electivos HCM y HAE	
Denominador	N° de pabellones electivos de dotación HCM y HAE	
Unidad de Medida	Numero	
Meta Año 1	>=4.1	
Meta Año 2	>=4.1	
Meta Año 3	>=4.1	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Rendimiento estándar MINSAL (4.1 cirugías por pabellón).</p> <p>La meta año 1: >=4.1 es fijada por el MINSAL, pudiendo modificarse en años 2 y 3, según indicaciones ministeriales.</p> <p><u>Tabla Sensibilidad</u></p> <p>>= 4,1 = 100 % cumplimiento</p> <p>>= 3,7 = 75% cumplimiento</p> <p>>= 3,3 = 50 % cumplimiento</p> <p>>= 2,9 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 2,5 = 0% de cumplimiento</p> <p>Ruta: REM B5, REM A21 Sección A</p>	

A3.7_2c PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA BASADA EN GRD


Descripción general del indicador

Este indicador mide el grado de cumplimiento de las metas establecidas para los indicadores de eficiencia hospitalaria asociados al sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), herramienta utilizada para evaluar la gestión y desempeño de los establecimientos hospitalarios.

El indicador se construye a partir de la proporción de subindicadores GRD que cumplen sus metas específicas, como el Índice Funcional Hospitalario, el IEMA, el Impacto de Estancias Evitables y el Porcentaje de Egresos Outliers Superiores, los cuales permiten una visión integral del desempeño hospitalario.

Su evaluación se expresa en porcentaje y permite comparar el nivel de cumplimiento alcanzado por cada establecimiento (Hospital Clínico Magallanes y Hospital de Puerto Natales), facilitando la toma de decisiones orientadas a incrementar la eficiencia operativa y la efectividad del modelo de gestión por procesos en la Red Asistencial.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA BASADA EN GRD		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Fortalecer el modelo de eficiencia Hospitalaria	
Código BSC	A3.7_2c	
Numerador	Número de indicadores GRD que cumplen la meta definida	
Denominador	Número total de indicadores GRD establecidos	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	GRD	
Fuente de Información Denominador	GRD	
Tabla de Sensibilidad	Aplica.	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador ADP Director HCM. Compuesto por los siguientes subindicadores y metas específicas:</p> <p>a) Índice Funcional Hospitalario. Meta <=1.0</p> <p>b) IEMA. Meta <= 1.0</p> <p>c) Impacto (Estancias Evitables). Meta <=0</p> <p>d) Porcentaje de egresos Outliers superiores. Meta <= 5.0%</p> <p>Aplica al Hospital Clínico Magallanes y Hospital de Puerto Natales</p> <p>Cada sub indicador tiene resultado dicotómico: cumple si= 100 % cumplimiento, NO= 0 % de cumplimiento.</p> <p><u>Tabla de Sensibilidad</u></p> <p>8 indicadores cumplen= 100 % de cumplimiento</p> <p>6 indicadores cumplen= 75 % Cumplimiento</p> <p>4 Indicadores cumplen= 50 % cumplimiento</p> <p>2 indicador cumple: 25 % cumplimiento</p> <p>0 indicadores cumplen= 0 % cumplimiento</p>	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 54

A3.7_3 DÍAS DE ESTADA EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA


Descripción General del Indicador

El indicador “Días de Estada en Hospitalización Domiciliaria” permite evaluar la eficiencia y efectividad de la estrategia de atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización tradicional. Mide el promedio de días que las personas permanecen bajo cuidados hospitalarios en su domicilio, desde el ingreso hasta el egreso del programa, permitiendo analizar la gestión clínica, el uso racional de los recursos y la oportunidad de alta.

El cumplimiento de la meta igual o menor a 8,5 días promedio por episodio, refleja una gestión eficiente del cuidado domiciliario, con protocolos clínicos adecuados, criterios de ingreso y egreso bien definidos, y una coordinación efectiva entre los equipos asistenciales. Valores superiores pueden indicar ineficiencias en el proceso de atención, demoras en la resolución clínica o limitaciones en la red de apoyo domiciliaria.

DÍAS DE ESTADA EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Potenciar la estrategia de Hospitalización Domiciliaria	
Código BSC	A3.7_3	
Numerador	Total de días estada persona en Hospitalización Domiciliaria	
Denominador	Total personas egresadas de Hospitalización Domiciliaria	
Unidad de Medida	Numero	
Meta Año 1	<= 8,5 %	
Meta Año 2	<= 8,5 %	
Meta Año 3	<= 8,5 %	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores bajos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Monitoreo Semestral, con consolidado anual para efectos de evaluación del compromiso de gestión.</p> <p>El promedio de días de estada en Hospitalización Domiciliaria establecido por MINSAL para el año 2025 es de 8,5 días o menos por episodio.</p> <p>Esta meta podría ser ajustada por MINSAL en los próximos tres años, según evolución de la estrategia y criterios técnicos nacionales.</p> <p><u>Tabla de sensibilidad dicotómica</u>, cumple o no cumple.</p> <p><= 8,5 = 100 % cumplimiento</p> <p>> 8,5 = 0 % cumplimiento</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 55

A3.7_4 PERSONAS CATEGORIZADAS C2 O ESI2 ATENDIDOS OPORTUNAMENTE EN LAS UEH ADULTO Y PEDIÁTRICO


Descripción General del Indicador

El indicador “Personas categorizadas C2 o ESI2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico” mide la eficiencia y capacidad de respuesta de las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) para garantizar una atención oportuna a los pacientes con condiciones de salud urgentes de nivel intermedio-alto, según la categorización estandarizada del triage (C2 o ESI2).

Su propósito es evaluar el grado de cumplimiento del tiempo máximo establecido de 30 minutos para la atención médica inicial, asegurando que los usuarios con necesidades de atención prioritaria reciban una respuesta clínica adecuada y rápida. Este indicador constituye una medida clave de gestión asistencial, calidad y seguridad del paciente, ya que la demora en la atención de estos casos puede aumentar el riesgo de complicaciones, agravamiento o mortalidad evitable.

PERSONAS CATEGORIZADAS C2 O ESI2 ATENDIDOS OPORTUNAMENTE EN LAS UEH ADULTO Y PEDIÁTRICO		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de gestión por procesos, en la Red Asistencial	
Línea Operativa	Asegurar el acceso oportuno y la calidad de atención a personas con condiciones de salud prioritarias, reduciendo riesgos de agravamiento y morbilidad evitable.	
Código BSC	A3.7_4	
Numerador	Número total de pacientes C2 o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en Unidad de Emergencia	
Denominador	Número total de pacientes C2 o ESI2 atendidos en Unidad de Emergencia	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=90% de los pacientes C2 o ESI2 atendidos en 30 minutos o menos en las unidades de emergencia	
Meta Año 2	>=90% de los pacientes C2 o ESI2 atendidos en 30 minutos o menos en las unidades de emergencia	
Meta Año 3	>=90% de los pacientes C2 o ESI2 atendidos en 30 minutos o menos en las unidades de emergencia	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	REM	
Fuente de Información Denominador	REM	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Indicador COMGES. Se excluyen las urgencias Gineco- Obstétricas.</p> <p>Las metas año 2 y año 3 estarán sujetas a las OOTT COMGES respectivas.</p> <p>Resultado del indicador a diciembre 2024: 74,4%.</p> <p>Tabla de Sensibilidad</p> <p>> o = a 90%= 100 % de cumplimiento</p> <p>> o = a 85%= 75 % de cumplimiento</p> <p>> o = a 80 %= 50 % de cumplimiento</p> <p>> o = a 75 % = 25 % de cumplimiento</p> <p>< 75 % = 0 % cumplimiento</p> <p>Aplica: Hospitales de Baja - Mediana y Alta Complejidad</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 56

A3.8_1a RESOLUCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CON DESTINO APS EN ESPECIALIDADES DEFINIDAS


Descripción General del Indicador

El indicador “Resolución de lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas” mide el grado de cumplimiento en la disminución de los casos pendientes en lista de espera de consultas nuevas (CNE) de especialidades médicas priorizadas, derivados hacia la Atención Primaria de Salud (APS) para su resolución.

Su propósito es evaluar la capacidad resolutoria y la efectividad de las estrategias implementadas para abordar oportunamente la demanda acumulada en especialidades específicas, promoviendo un modelo asistencial más eficiente, integral y centrado en el usuario.

RESOLUCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS NUEVAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CON DESTINO APS EN ESPECIALIDADES DEFINIDAS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Fomentar la resolutoria en la Atención Primaria de Salud	
Código BSC	A3.8_1a	
Numerador	Casos disminuidos de la LE de CNE Médicas, con destino APS en especialidades definidas* ingresados con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año t-1	
Denominador	Casos comprometidos a disminuir de la LE de CNE médicas con destino APS en especialidades definidas	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGTE	
Fuente de Información Denominador	SIGTE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Línea base o denominador por año, se define según la LE CNE con destino a APS del año t-1. Puede ser ajustada a nueva OOTT COMGES 2026,2027.</p> <p>Aplica a las especialidades de: (*) Oftalmología, Gastroenterología, Otorrinolaringología y Dermatología.</p> <p>Tabla de Sensibilidad:</p> <p>= 100% = 100 % cumplimiento</p> <p>>= 90 % = 75% cumplimiento</p> <p>>= 80 % = 50 % cumplimiento</p> <p>>= 70 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 70 % = 0% de cumplimiento</p>	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 57

A3.8_1b RESOLUCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE ENDODONCIA, PRÓTESIS REMOVIBLE Y PERIODONCIA CON DESTINO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.


Descripción General del Indicador

El indicador “Resolución de lista de espera de especialidades odontológicas de Endodoncia, Prótesis Removible y Periodoncia con destino Atención Primaria de Salud” mide la capacidad de la red asistencial, particularmente de la Atención Primaria de Salud (APS), para resolver casos en lista de espera odontológica mediante el fortalecimiento de su resolutivez y el uso eficiente de los recursos asignados vía PRAPS.

El indicador permite monitorear el impacto de las estrategias de resolución local en las áreas de Endodoncia, Rehabilitación Oral (Prótesis Removible) y Periodoncia, promoviendo la descentralización de prestaciones odontológicas y el fortalecimiento de las competencias clínicas en el nivel primario. Asimismo, se constituye como una herramienta de seguimiento de la capacidad resolutive comprometida por los establecimientos APS a través de PRAPS, asegurando la eficiencia en el uso de los recursos y la continuidad del cuidado odontológico.

RESOLUCIÓN DE LISTA DE ESPERA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE ENDODONCIA, PRÓTESIS REMOVIBLE Y PERIODONCIA CON DESTINO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Fomentar la resolutivez en la Atención Primaria de Salud	
Código BSC	A3.8_1b	
Numerador	Casos egresados por APS en odontología (endodoncia, prótesis removible y periodoncia) ingresados a LE desde año t-1 hacia atrás	
Denominador	Capacidad resolutive vía PRAPS comprometida	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGTE	
Fuente de Información Denominador	SIGTE	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Los egresos se evalúan por el establecimiento que otorga (debe ser de APS) y se consideran todas las causales. Se consideran egresos válidos para los casos que ingresaron a la lista de espera hasta el 31 de diciembre del año t-1. Especialidades: Endodoncia, Rehabilitación Oral Prótesis Removible y Periodoncia. La estructura del indicador se adecuará a las OOTT COMGES de cada año.</p> <p>Capacidad resolutive vía PRAPS comprometida: capacidad de egresar casos de LE con los recursos asignados vía PRAPS. Esta debe ser informada por referente técnico de resolutivez y/o referente Dental de manera anual.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 58


A3.8_2a RESOLUCIÓN DE CASOS EN LE PARA CNE MÉDICA CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75

Descripción general del indicador:

El indicador “Resolución de casos en lista de espera para consulta nueva de especialidad médica con antigüedad sobre el percentil 75” mide la capacidad del establecimiento para gestionar de manera oportuna y eficiente la atención de pacientes con mayor tiempo de espera, priorizando aquellos casos que presentan mayor antigüedad en la lista de espera no GES.

RESOLUCIÓN DE CASOS EN LE PARA CNE MÉDICA CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Reducir los tiempos de espera priorizando la atención de pacientes con mayor antigüedad en lista de espera	
Código BSC	A3.8_2a	
Numerador	Número de casos resueltos de la LE para CNE médica sobre el p75 del corte del 31 de diciembre del año t-1	
Denominador	Número total de casos en LE de CNE médica sobre el p75 al corte del 31 de diciembre del año t-1	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	95%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGTE	
Fuente de Información Denominador	SIGTE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.</p> <p>La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.</p> <p>El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.</p> <p>Los traslados coordinados, los casos en causales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.</p> <p>Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.</p> <p><u>Tabla de Sensibilidad:</u></p> <p>>= 95 % = 100 % cumplimiento; >= 80 % = 75% cumplimiento</p> <p>>= 70 % = 50 % cumplimiento; >= 60 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 60 % = 0% de cumplimiento</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 59

A3.8_2b RESOLUCIÓN DE CASOS EN LE PARA CNE ODONTOLÓGICA CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75


Descripción general del indicador:

El indicador “Resolución de casos en lista de espera para consultas nuevas de especialidad odontológica con antigüedad sobre el percentil 75” mide la eficiencia y oportunidad en la gestión de la demanda odontológica especializada, evaluando la capacidad de la red asistencial para resolver los casos que presentan mayor antigüedad en lista de espera.

Su propósito es garantizar la atención oportuna y equitativa de los pacientes, priorizando aquellos que han esperado por períodos superiores al percentil 75 de la distribución de tiempos de espera, según el corte establecido al 31 de diciembre del año anterior.

RESOLUCIÓN DE CASOS EN LE PARA CNE ODONTOLÓGICA CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Reducir los tiempos de espera priorizando la atención de pacientes con mayor antigüedad en lista de espera	
Código BSC	A3.8_2b	
Numerador	Número de casos resueltos de la LE para CNE Odontológica sobre el p75 del corte del 31 de diciembre del año t-1	
Denominador	Número total de casos en LE de CNE Odontológica sobre el p75 al corte del 31 de diciembre del año t-1	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	95%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGTE	
Fuente de Información Denominador	SIGTE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.</p> <p>La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.</p> <p>El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.</p> <p>Los traslados coordinados, los casos en causales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.</p> <p>Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.</p> <p><u>Tabla de Sensibilidad:</u></p> <p>>= 95 % = 100 % cumplimiento; >= 80 % = 75% cumplimiento</p> <p>>= 70 % = 50 % cumplimiento; >= 60 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 60 % = 0% de cumplimiento</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 60


A3.8_2c RESOLUCIÓN DE CASOS EN LE PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75

Descripción General del Indicador:

El indicador “Resolución de casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas con antigüedad sobre el percentil 75” mide la eficiencia y oportunidad en la gestión de la lista de espera quirúrgica, enfocándose en los pacientes que presentan mayor tiempo de espera acumulado (aquellos sobre el percentil 75 de antigüedad al 31 de diciembre del año anterior). Su propósito es monitorear y promover la priorización de la atención quirúrgica de los casos más antiguos, asegurando una resolución progresiva, equitativa y oportuna de la demanda asistencial.

RESOLUCIÓN DE CASOS EN LISTA DE ESPERA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CON ANTIGÜEDAD SOBRE EL PERCENTIL 75		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Reducir los tiempos de espera priorizando la atención de pacientes con mayor antigüedad en lista de espera	
Código BSC	A3.8_2c	
Numerador	Número de casos resueltos de la LE para Intervenciones Quirúrgicas sobre el p75 del corte del 31 de diciembre del año t-1	
Denominador	Número total de casos en LE de Intervenciones Quirúrgicas sobre el p75 al corte del 31 de diciembre del año t-1	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	95%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGTE	
Fuente de Información Denominador	SIGTE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.</p> <p>La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.</p> <p>El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.</p> <p>Los traslados coordinados, los casos en causales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.</p> <p>Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.</p> <p><u>Tabla de Sensibilidad:</u></p> <p>>= 95 % = 100 % cumplimiento; >= 80 % = 75% cumplimiento</p> <p>>= 70 % = 50 % cumplimiento; >= 60 % = 25% cumplimiento</p> <p>< 60 % = 0% de cumplimiento</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 61


A3.8_3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) EN LA RED

Descripción General del Indicador

El indicador mide el grado de cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) dentro de la Red Asistencial, considerando tanto las garantías cumplidas en los plazos establecidos como aquellas exceptuadas o atendidas tras incumplimiento. Permite evaluar la eficiencia y oportunidad en la respuesta del sistema de salud frente a las prestaciones garantizadas por ley, asegurando el acceso equitativo y la calidad de la atención a los usuarios.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) EN LA RED		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Implementar mecanismos de gestión clínica y monitoreo que aseguren el cumplimiento oportuno de las Garantías Explícitas en Salud (GES)	
Código BSC	A3.8_3	
Numerador	Número de garantías cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas	
Denominador	Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas no Atendidas + Garantías Retrasadas acumuladas	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGGES	
Fuente de Información Denominador	SIGGES	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Tabla Sensibilidad = 100% = 100 % cumplimiento < 100 % = 0% de cumplimiento	



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 62

A3.8_4a


LISTA DE ESPERA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR PROBLEMAS DE SALUD ONCOLÓGICOS NO GES RESUELTOS EN MENOS DE 90 DÍAS

Descripción general del indicador:

El indicador “Lista de espera de intervención quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES resueltos en menos de 90 días” mide la oportunidad en la resolución quirúrgica de los casos oncológicos no cubiertos por Garantías Explícitas en Salud (GES) dentro de la red asistencial. Su propósito es monitorear la eficiencia en la gestión de la demanda oncológica quirúrgica, promoviendo la atención oportuna de los pacientes con patologías de alta complejidad, y evitando demoras que puedan afectar su pronóstico y calidad de vida.

Este indicador permite identificar brechas en los tiempos de espera, evaluar la capacidad resolutive de los establecimientos hospitalarios de alta complejidad y orientar la toma de decisiones hacia la optimización de los procesos clínico-administrativos asociados al diagnóstico y tratamiento oncológico.

LISTA DE ESPERA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR PROBLEMAS DE SALUD ONCOLÓGICOS NO GES RESUELTOS EN MENOS DE 90 DÍAS	
Subdirección de Gestión Asistencial	
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.
Línea Operativa	Optimizar los procesos de atención oncológica para asegurar el cumplimiento de Garantías Oncológicas (GO) y reducir tiempos de espera en diagnóstico y tratamiento
Código BSC	A3.8_4a
Numerador	Número de casos en LEIQ oncológicos con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días desde el ingreso al registro
Denominador	Número Total de casos en LEIQ oncológicos
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	≤20% de casos en LEIQ con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días
Meta Año 2	≤ 20% de casos en LEIQ con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días
Meta Año 3	≤20% de casos en LEIQ con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	Aplica
Polaridad	Valores bajos son buenos
Consideraciones técnicas	Aplica a Hospitales de Alta Complejidad. <u>Tabla de Sensibilidad:</u> <=20% = 100 % cumplimiento <=30% = 75 % cumplimiento <=40% = 50% cumplimiento <=50%= 25 % cumplimiento <=60%= 0% cumplimiento

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 63

A3.8_4b CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS GES EN PROBLEMAS DE SALUD ONCOLÓGICOS


Descripción general del indicador

Este indicador mide el grado de cumplimiento de las garantías explícitas en salud (GES) asociadas a los problemas de salud oncológicos, considerando tanto las garantías cumplidas en tiempo como aquellas exceptuadas o atendidas tras el incumplimiento. Evalúa la capacidad del sistema asistencial para asegurar la atención oportuna, continua y efectiva de las personas con patologías oncológicas, en concordancia con los plazos y condiciones establecidas en la normativa vigente.

Su propósito es monitorear la eficiencia y oportunidad de los procesos de atención oncológica en la Red Asistencial, promoviendo la mejora continua en la gestión de la demanda, la optimización del uso de los recursos y la reducción de los tiempos de espera en diagnóstico y tratamiento.

CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS GES EN PROBLEMAS DE SALUD ONCOLÓGICOS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Optimizar la gestión de la demanda y los recursos disponibles mediante estrategias innovadoras para la resolución oportuna de listas de espera.	
Línea Operativa	Optimizar los procesos de atención oncológica para asegurar el cumplimiento de Garantías Oncológicas (GO) y reducir tiempos de espera en diagnóstico y tratamiento	
Código BSC	A3.8_4b	
Numerador	Número de garantías cumplidas oncológicas + Garantías Exceptuadas oncológicas + Garantías incumplidas atendidas oncológicas	
Denominador	Número de garantías cumplidas oncológicas + Garantías Exceptuadas oncológicas + Garantías incumplidas atendidas oncológicas + Garantías Incumplidas no atendidas oncológicas + Garantías Retrasadas oncológicas.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGGES	
Fuente de Información Denominador	SIGGES	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Tabla Sensibilidad = 100% = 100 % cumplimiento < 100 % = 0% de cumplimiento	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 64


C3.1_1 PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN EJECUTADO POR EL ESTABLECIMIENTO CON SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS) EN EL PERIODO.

Descripción general del indicador

El indicador “Proceso de Autoevaluación ejecutado por el establecimiento con solicitud de acreditación de calidad ante la Superintendencia de Salud (SIS) en el período” mide el grado de cumplimiento de los prestadores de salud de la red asistencial tanto de atención abierta como cerrada en la realización de su autoevaluación institucional como parte del proceso de acreditación de calidad exigido por la SIS.

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN EJECUTADO POR EL ESTABLECIMIENTO CON SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD (SIS) EN EL PERIODO.		
Dpto. Calidad y Seguridad		
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial	
Línea Operativa	Mantener el estándar de calidad para prestadores de atención cerrada y abierta	
Código BSC	C3.1_1	
Numerador	Número de Informes de Autoevaluación ejecutados por prestador de atención abierta y cerrada en el periodo	
Denominador	Número de Prestadores de atención abierta y cerrada que se encuentra en proceso de solicitud de acreditación de calidad ante la SIS.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	≥ 75%	
Meta Año 2	≥ 85%	
Meta Año 3	≥ 95%	
Linea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Los Informes de Autoevaluación deben ser enviados por Correo institucional a referentes de Calidad del SSM, en el formato autorizado por la SIS.</p> <p>Los Informe de Autoevaluación deben ser firmados por la Dirección del prestador. Se excluyen aquellas instituciones en la cuales el SSM debe revisar el proceso como parte de Meta ADP comprometida por la institución.</p> <p>Se considera como año 1 2025, año 2 2026 y año 3 2027.</p> <p>Para considerar el cumplimiento de la meta los Procesos de Autoevaluación de los Hospitales de la red deben ser Acompañados y/o Apoyados por la DSSM.</p> <p>Indicador de índole dicotómico.</p>	




 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 65

C3.1_2 PORCENTAJE DE SUPERVISIONES DEL PROCESO DE EVENTOS CENTINELA PRIORIZADOS DE REPORTE INMEDIATO (ECPRI) REALIZADAS POR REFERENTE DE CALIDAD DEL SSM

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de supervisiones del proceso de Eventos Centinela Priorizados de Reporte Inmediato (ECPRI) realizadas por referente de calidad del SSM” mide el grado de cumplimiento de las acciones de supervisión efectuadas por los referentes de calidad del Servicio de Salud Magallanes (SSM) sobre los eventos centinela priorizados reportados por los hospitales de atención cerrada.

PORCENTAJE DE SUPERVISIONES DEL PROCESO DE EVENTOS CENTINELA PRIORIZADOS DE REPORTE INMEDIATO (ECPRI) REALIZADAS POR REFERENTE DE CALIDAD DEL SSM	
Dpto. Calidad y Seguridad	
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial
Línea Operativa	Supervisar las acciones asociadas al seguimiento de eventos adversos priorizados informados por parte de prestadores de atención cerrada
Código BSC	C3.1_2
Numerador	N° de ECPRI de hospitales con supervisión realizadas por referentes de calidad el SSM
Denominador	Total de ECPRI reportados de hospitales a referentes de calidad del SSM
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	≥ 75%
Meta Año 2	≥ 85 %
Meta Año 3	≥ 95 %
Linea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	No Aplica
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>En caso de que no se tenga reportes de hospitales, se debe indicar en el informe, en la parte “Hospitales sin notificaciones de ECPRI durante el 2025” una visita en terreno o telemática y revisar protocolo y proceso de notificación de EC local.</p> <p>Las ECPRI que deben considerarse en la supervisión son los señalados en el Manual 2025.</p> <p>Las acciones de supervisión pueden realizarse en cualquier etapa del manejo del ECPRI.</p> <p>Se considera como año 1 2025, año 2 2026 y año 3 2027.</p>

 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 66

C3.1_3 PROPORCIÓN DE HOSPITALES DE LA RED CON EVALUACIÓN EXTERNA VIGENTE EN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Descripción General del Indicador

Este indicador mide el grado de cumplimiento de los hospitales de la red asistencial con la evaluación externa vigente del Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), según la Norma 225. Busca asegurar la calidad y seguridad de la atención mediante la mantención de evaluaciones actualizadas en la plataforma Sicars, realizadas por profesionales autorizados del Servicio de Salud.

PROPORCIÓN DE HOSPITALES DE LA RED CON EVALUACIÓN EXTERNA VIGENTE EN CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	
Dpto. Calidad y Seguridad	
Línea Estratégica	Fortalecer el modelo de calidad y seguridad en la atención en salud de la red asistencial
Línea Operativa	Mantener vigente la evaluación externa del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud de los prestadores de atención cerrada (PCI)
Código BSC	C3.1_3
Numerador	N° de Hospitales de la red asistencial del SS Magallanes con evaluación externa vigente en cumplimiento o en cumplimiento con observaciones a la Norma 225
Denominador	N° Total de Hospitales de la red asistencial del SS Magallanes
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	100% de los Hospitales Públicos que conforman la red del Servicio de Salud con evaluación vigente y al menos un 50% de ellos con conclusión en cumplimiento o cumplimiento con observaciones
Meta Año 2	100% de los Hospitales Públicos que conforman la red del Servicio de Salud con evaluación vigente y al menos un 65% de ellos con conclusión en cumplimiento o cumplimiento con observaciones.
Meta Año 3	100% de los Hospitales Públicos que conforman la red del Servicio de Salud con evaluación vigente y al menos un 80% de ellos con conclusión en cumplimiento o cumplimiento con observaciones.
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	No Aplica
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>El medio de verificación que se utilizará para elaborar el indicador es Sicars.</p> <p>Sólo se considerarán las evaluaciones externas que se encuentren oficialmente “Publicadas” en la plataforma Sicars, por lo que deben contar con Autorización y Ordinario o documento formal oficializando el resultado registrado en la plataforma.</p> <p>La evaluación externa sólo puede ser realizada por profesionales entrenados(as) del Servicio de Salud, ya sea propio o en comisión de Servicio.</p> <p>Se considera como año 1 2025, año 2 2026 y año 3 2027.</p>


Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°3

B2.4_1 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL CON SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (SGSI) IMPLEMENTADO Y EN OPERACIÓN

Descripción General del Indicador

El indicador “Porcentaje de establecimientos de la red asistencial con Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) implementado y en operación” permite medir el grado de avance en la implementación y consolidación de prácticas, políticas y controles orientados a proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional.

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL CON SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (SGSI) IMPLEMENTADO Y EN OPERACIÓN		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.	
Línea Operativa	Fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la Red (Ciberseguridad)	
Código BSC	B2.4_1	
Numerador	Número de establecimientos que cuentan con SGSI implementado según los hitos definidos	
Denominador	Número total de establecimientos de la red asistencial del Servicio.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	100%*	
Meta Año 3	100%*	
Línea Base	No aplica.	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Se considera implementado un establecimiento que cumpla los hitos definidos en el plan SGSI institucional. La verificación se realiza mediante checklist de cumplimiento y validación por el Departamento TIC. El proceso tiene carácter continuo y busca consolidar la madurez en ciberseguridad de la red asistencial, alineándose con las directrices nacionales de seguridad de la información del MINSAL.</p> <p>Los hitos definidos corresponden a: Diagnóstico, designación de encargado, políticas aplicadas, capacitación y auditoría interna.</p> <p>El numerador se valida con Informes técnicos y actas de verificación del Departamento TIC.</p> <p>El año 1 (2025) se enfocará en la etapa de diagnóstico y levantamiento de brechas.</p> <p>La meta del año 2 implica un 100% de los establecimientos con SGSI implementado cumpliendo en al menos 4 de los 5 hitos definidos.</p> <p>La meta del año 2 implica un 100% de los establecimientos con SGSI en operación y auditados, deben tener un cumplimiento de los 5 hitos.</p>	

	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 68

B2.4_2 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DE SISTEMAS DE GESTIÓN CLÍNICA INTEROPERABLES EN LA RED ASISTENCIAL

Descripción general del indicador


El indicador “Porcentaje de establecimientos con implementación efectiva de sistemas de gestión clínica interoperables en la red asistencial” mide el grado de avance en la digitalización e integración de los procesos clínicos de los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes. Su propósito es evaluar la adopción efectiva de sistemas de gestión clínica institucionales que cumplan con los estándares de interoperabilidad definidos por el Ministerio de Salud, permitiendo el intercambio seguro, oportuno y estandarizado de información entre los distintos niveles de la red asistencial y las plataformas nacionales.

Este indicador refleja el nivel de madurez digital de la red asistencial, contribuyendo a la transformación digital institucional, la eficiencia operativa y la continuidad del cuidado de los pacientes. Asimismo, facilita la trazabilidad de la información clínica, la toma de decisiones basada en datos y el cumplimiento de las directrices nacionales de interoperabilidad (FHIR/HL7).

Su implementación progresiva permite monitorear la evolución desde la etapa de diagnóstico y levantamiento de los sistemas clínicos existentes hacia la plena operación interoperable de todos los establecimientos de la red. Un alto valor del indicador representa un avance significativo en la integración tecnológica del sistema de salud, asegurando una gestión clínica moderna, segura y alineada con los lineamientos de salud digital del MINSAL.


PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DE SISTEMAS DE GESTIÓN CLÍNICA INTEROPERABLES EN LA RED ASISTENCIAL	
Subdirección Administrativa	
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.
Línea Operativa	Implementación de sistemas de gestión clínica
Código BSC	B2.4_2
Numerador	Número de establecimientos de la red asistencial que cuentan con un sistema de gestión clínica institucional implementado y operativo
Denominador	Número total de establecimientos asistenciales dependientes del Servicio de Salud Magallanes.
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	No aplica (etapa de levantamiento y diagnóstico de los sistemas clínicos en uso).
Meta Año 2	100%*
Meta Año 3	100%*
Línea Base	No aplica (implementación progresiva en curso).
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	No aplica.
Polaridad	Valores altos son buenos.



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 69

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DE SISTEMAS DE GESTIÓN CLÍNICA INTEROPERABLES EN LA RED ASISTENCIAL	
Subdirección Administrativa	
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.
Línea Operativa	Implementación de sistemas de gestión clínica
Código BSC	B2.4_2
Consideraciones técnicas	<p>Se considera establecimiento implementado aquel que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posee sistema clínico institucional operativo y con usuarios activos. 2. Cumple con los estándares de interoperabilidad definidos por MINSAL (FHIR o HL7). 3. Transmite información clínica hacia plataformas nacionales (ej. TEI, MPI). 4. Presenta evidencia de uso regular validada por el Departamento TIC. <p>El indicador es proporcional y estratégico, ya que mide el grado de digitalización y madurez en la gestión clínica de la red asistencial. Permite monitorear el avance de la interoperabilidad y la integración de la información clínica regional con las plataformas nacionales del MINSAL.</p> <p>La <u>meta del año 2</u> (2026) corresponde al 100% de los establecimientos con sistema de gestión clínica interoperable implementado.</p> <p>La <u>meta del año 3</u> (2027) corresponde al 100% de los establecimientos con sistema de gestión clínica interoperable en operación sostenida, reportando a los sistemas nacionales (TEI, MPI, RCE).</p> <p>El medio de verificación para el numerador corresponderá a Informes técnicos de implementación, validación de interoperabilidad y reportes de uso emitidos por el Departamento TIC. El denominador en cambio se validará con Listado oficial de establecimientos asistenciales dependientes del Servicio de Salud Magallanes.</p>



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 70

B2.4_3a PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL FÉNIX

Descripción General del Indicador

El indicador “Porcentaje de establecimientos de la red asistencial con implementación efectiva del Sistema de Gestión Documental FÉNIX” permite medir el grado de avance en la adopción e integración del sistema FÉNIX en los distintos establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes. Este sistema constituye una herramienta clave para la modernización de los procesos administrativos, la optimización de la gestión documental y el fortalecimiento de la transformación digital institucional.

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL FÉNIX		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.	
Línea Operativa	Implementación y fortalecimiento de sistemas de gestión administrativa	
Código BSC	B2.4_3a	
Numerador	Número de establecimientos de la red asistencial que cuentan con el sistema FÉNIX implementado y operativo, con usuarios asignados y procesos administrativos activos.	
Denominador	Número total de establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica (fase de planificación y diseño).	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No aplica.	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Se considera implementado el establecimiento que cuente con instalación productiva, usuarios activos, capacitación realizada y evidencia de uso.</p> <p>El indicador evalúa la expansión del sistema FÉNIX en toda la red asistencial, como parte de la estrategia de transformación digital institucional.</p> <p>La <u>meta del año 2</u> corresponde a 100% de los establecimientos con sistema FÉNIX implementado y personal capacitado</p> <p>La <u>meta del Año 3</u> corresponde a 100% de los establecimientos con sistema FÉNIX en operación sostenida y reportes de uso validados.</p> <p>La fuente de respaldo del numerador será Informes técnicos y reportes de uso emitidos por el Departamento TIC. El denominador se validará con el listado oficial de establecimientos dependientes del Servicio de Salud Magallanes</p>	




B2.4_3b PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LA DSSM CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS HARMONIA

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de establecimientos dependientes de la DSSM con implementación efectiva del Sistema de Gestión de Recursos Humanos HARMONIA” permite evaluar el avance en la digitalización y estandarización de los procesos de gestión de personal en la red asistencial.

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LA DSSM CON IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS HARMONIA		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.	
Línea Operativa	Implementación y fortalecimiento de sistemas de gestión administrativa	
Código BSC	B2.4_3b	
Numerador	Número de establecimientos dependientes de la DSSM que cuentan con el sistema HARMONIA implementado, con usuarios activos y registro de asistencia operativo.	
Denominador	Número total de establecimientos dependientes de la DSSM.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica (etapa de diagnóstico y preparación de infraestructura).	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No aplica.	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Se considera implementado el establecimiento que cuente con instalación activa, usuarios capacitados, conexión al servidor institucional y evidencia de uso operativo.</p> <p>El indicador mide el grado de digitalización y estandarización de los procesos de control de asistencia en todos los establecimientos dependientes del Servicio.</p> <p>La <u>meta del año 2</u> corresponde a 100% de los establecimientos dependientes con sistema HARMONIA implementado y en funcionamiento.</p> <p>La <u>meta del año 3</u> corresponde a 100% de los establecimientos con sistema HARMONIA en operación sostenida y generación de reportes de asistencia validados por Gestión de Personas.</p> <p>EL numerador se validará con Informes de implementación y reportes de uso del sistema HARMONIA, emitidos por el Departamento TIC y Gestión de Personas. Para el denominador se contabilizará Listado oficial de establecimientos dependientes de la DSSM.</p>	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 72


B2.4_3c IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONVENIOS TENDER EN LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

Descripción General del Indicador

El indicador “Implementación efectiva del Sistema de Gestión de Convenios TENDER en la Dirección del Servicio de Salud Magallanes” evalúa el grado de avance en la adopción, puesta en marcha y consolidación del sistema TENDER como herramienta institucional para la gestión administrativa y el control de convenios. Su propósito es fortalecer los procesos internos mediante la digitalización y estandarización de la gestión contractual, contribuyendo a la eficiencia, transparencia y trazabilidad de la información administrativa.

IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONVENIOS TENDER EN LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información.	
Línea Operativa	Implementación y fortalecimiento de sistemas de gestión administrativa	
Código BSC	B2.4_3c	
Numerador	Establecimiento priorizado con sistema TENDER implementado y operativo	
Denominador	Establecimiento priorizado	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica (fase de desarrollo e integración).	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No aplica.	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El indicador mide la implementación y consolidación del sistema TENDER como herramienta de control administrativo de convenios dentro de la DSSM. Es de tipo dicotómico (implementado/no implementado) y se verifica mediante reportes técnicos y evidencias de uso real.</p> <p>El establecimiento priorizado para la implementación es la Dirección del SSM.</p> <p>La meta del año 2 corresponde al 100% de establecimientos priorizados con Sistema TENDER implementado y operativo en la DSSM, que cuenten con registro activo de convenios y usuarios capacitados.</p> <p>La meta del año 3 corresponde al 100% de establecimientos priorizados con Sistema TENDER en operación estable, generando reportes mensuales de seguimiento contractual.</p> <p>El numerador se validará con Reportes de implementación y uso del sistema TENDER elaborados por el Departamento TIC y Abastecimiento.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 73


B2.4_4 IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE RUTA DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL INSTITUCIONAL

Descripción General del Indicador:

El indicador “Implementación de la Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional” mide el grado de avance en la ejecución de los proyectos priorizados dentro del marco de la Hoja de Ruta de Transformación Digital del Servicio de Salud. Evalúa la capacidad institucional para llevar a cabo las iniciativas estratégicas definidas en materia de digitalización, innovación tecnológica y fortalecimiento de los sistemas de información en salud.

IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE RUTA DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL INSTITUCIONAL		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información	
Línea Operativa	Establecer la gobernanza y Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional	
Código BSC	B2.4_4	
Numerador	N° de proyectos priorizados en Hoja de ruta que cumplen al menos un 70% de avance en su carta Gantt, para el año en ejercicio.	
Denominador	N° de proyectos priorizados en Hoja de ruta para el año en ejercicio.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	75%	
Meta Año 3	75%	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Meta Año 1: Hoja de ruta institucional aprobada por resolución y en difusión (100% cumplimiento)</p> <p>Año 2 y 3: Resolución de Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional, Res. Ex. Que aprueba proyectos priorizados, Actas del Comité de Salud Digital e Informes Estado Proyectos.</p> <p>Fuentes de Información para Denominador: Año 1: Resolución de Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional</p> <p>El mapa de ruta de salud Digital del Servicio de Salud Magallanes, así como los proyectos priorizados para cada año, deberán ser aprobados mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud y previamente sancionados en Comité de Salud Digital.</p> <p>Para la medición de estado de avance, éstas se realizarán en los Comité de Salud Digital, en donde se hará seguimiento mediante Informes Estado Proyectos que permite tener seguimiento de la ejecución de proyectos priorizados y su congruencia con Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional.</p> <p>Para el cumplimiento de la iniciativa priorizada, debe tener al menos un 70% de avance en la carta Gantt.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 74


B2.4_5 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN HITOS DE INTEROPERABILIDAD POR ESTABLECIMIENTO

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de cumplimiento en hitos de interoperabilidad por establecimiento” mide el grado de avance de los establecimientos de la red asistencial en la implementación de los hitos definidos en el Plan Maestro de Interoperabilidad, gestionado por el Departamento TIC. Su propósito es monitorear el nivel de cumplimiento de los compromisos asociados a la integración y comunicación efectiva entre los distintos sistemas de información clínicos y de soporte operativo, asegurando la continuidad, disponibilidad y calidad de los datos en la red asistencial.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN HITOS DE INTEROPERABILIDAD POR ESTABLECIMIENTO		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información	
Línea Operativa	Consolidar la interoperabilidad y la adopción de sistemas de información clínicos y de soporte operativo en la red asistencial	
Código BSC	B2.4_5	
Numerador	Número de hitos de interoperabilidad cumplidos	
Denominador	Número total de hitos comprometidos en el período	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	75%	
Meta Año 2	90%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No aplica.
Polaridad		Valores altos son buenos.
Consideraciones técnicas	La validación del numerador se efectuará mediante el monitoreo del Plan maestro/Gantt de interoperabilidad (DTIC), actas de validación y tickets GLPI asociados al hito.	
	El denominador corresponde al Plan maestro/Gantt de interoperabilidad aprobado por Dirección del Servicio.	
	El Plan de hitos debe ser aprobado, contar con criterios claros de cumplimiento, exclusión de postergaciones justificadas y revisión mensual del Departamento TIC.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 75


B2.4_6a ÍNDICE INNOVACIÓN EN SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL

Descripción General del Indicador

El Índice de Innovación en Salud de la Subdirección de Gestión Asistencial (SDGA) mide la variación porcentual anual en el nivel de desarrollo e implementación de prácticas innovadoras en salud, considerando ámbitos como el uso de tecnologías, la gestión del conocimiento, las competencias digitales y la cultura organizacional orientada a la mejora continua.

ÍNDICE INNOVACIÓN EN SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información	
Línea Operativa	Promover la innovación mediante pilotos escalables en seguridad de la información	
Código BSC	B2.4_6a	
Numerador	(Índice Innovación en Salud año t - Índice Innovación en Salud, año t-1)	
Denominador	Índice Innovación en Salud, año t-1	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	N/A	
Meta Año 2	> 5% vs Año Anterior	
Meta Año 3	> 5% vs Año Anterior	
Línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Variación del Índice <= 5% representa sin crecimiento Variación del índice > 5% representa crecimiento	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Se aplicará instrumento de medición Encuesta Gobierno Digital, para establecer Línea Base sobre Innovación en Salud en SDGA (establecer los ámbitos que permitan el desarrollo de una cultura de Innovación (recursos tecnológicos, competencias y otros estratégicos)	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 76


B2.4_6b PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE PILOTOS EN LA RED ASISTENCIAL DEL SS MAGALLANES

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de implementación de pilotos en la red asistencial del SS Magallanes” mide el grado de avance en la ejecución de proyectos piloto priorizados en la Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional, orientados a promover la innovación tecnológica. Este indicador permite evaluar la capacidad del Servicio de Salud Magallanes para materializar iniciativas digitales que fortalezcan los sistemas de información, optimicen procesos asistenciales y administrativos, y generen aprendizajes que faciliten su posterior escalabilidad en el territorio.

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN DE PILOTOS EN LA RED ASISTENCIAL DEL SS MAGALLANES		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Impulsar la innovación y transformación digital institucional, fortaleciendo los sistemas de información en salud y la seguridad de la información	
Línea Operativa	Promover la innovación mediante pilotos escalables en seguridad de la información	
Código BSC	B2.4_6b	
Numerador	N° de pilotos implementados en el año según prioridades de Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional	
Denominador	N° total de pilotos priorizados en la Hoja de Ruta de Transformación Digital Institucional.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	N/A	
Meta Año 2	60%	
Meta Año 3	75%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Cada piloto se considerará implementado cuando logre la ejecución de sus características de servicio básicas en relación con el usuario objetivo.	
	La cantidad de pilotos anuales serán establecidos de acuerdo con prioridades en hoja de ruta y disponibilidad de presupuesto y recursos asociados.	
	El numerador se obtiene: Actas del Comité de Salud Digital, Informes Estado pilotos, resultados de ejecución de pilotos.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 77

D1.2_1 ÍNDICE DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN CONTROL PRESUPUESTARIO


Descripción general del indicador:

El Índice de Fortalecimiento Técnico en Control Presupuestario mide el grado de desarrollo de las capacidades institucionales en materia de gestión financiera, a través de la capacitación y evaluación del personal involucrado en los procesos de estimación y control del gasto. Este indicador permite monitorear el avance en la profesionalización de los equipos administrativos de la red asistencial, asegurando una gestión presupuestaria más eficiente, precisa y alineada con los objetivos estratégicos de sostenibilidad y uso racional de los recursos públicos.

Su implementación busca fortalecer las competencias técnicas de los funcionarios de las áreas administrativas de hospitales y departamentos dependientes, promoviendo la adopción de buenas prácticas en planificación financiera y control presupuestario. De esta forma, el indicador contribuye a la mejora continua de los procesos internos y a la consolidación de una cultura organizacional basada en la responsabilidad y eficiencia en el uso de los recursos institucionales.

ÍNDICE DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO EN CONTROL PRESUPUESTARIO		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto	
Línea Operativa	Fortalecer las competencias técnicas del personal en control presupuestario y estimaciones financieras.	
Código BSC	D1.2_1	
Numerador	Número de funcionarios capacitados y evaluados en control y estimaciones presupuestarias	
Denominador	Número total de funcionarios que participan en el proceso de estimaciones de gasto	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	50%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Convocatoria debe ser realizada por la Dirección y participación debe ser obligatoria.</p> <p>El Denominador considerará funcionarios de las áreas administrativas de los Hospitales de Puerto Natales, Hospital de Porvenir, Hospital de Puerto Williams, y los Departamentos GOCA, APS, SAMU y Salud Mental.</p> <p>Se considerará capacitado el funcionario que participe del curso y apruebe una evaluación interna.</p> <p>La Capacitación será liderada por el Departamento de Presupuesto y Administración Interna.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 78

D1.2_2 ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE REPORTES PRESUPUESTARIOS INSTITUCIONALES


Descripción General del Indicador

El Índice de Cumplimiento de Reportes Presupuestarios Institucionales mide el grado de cumplimiento oportuno en la entrega de los reportes Anexo I por parte del Servicio de Salud, en relación con los plazos establecidos por la normativa vigente. Este indicador permite evaluar la eficiencia y responsabilidad en la gestión presupuestaria, asegurando la disponibilidad oportuna de información financiera para el seguimiento, control y toma de decisiones estratégicas.

Un alto nivel de cumplimiento refleja una gestión presupuestaria sólida, con procesos administrativos coordinados y alineados con las exigencias de Fonasa, contribuyendo a la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos públicos. De esta forma, el indicador apoya la línea estratégica de fortalecimiento de la gestión presupuestaria institucional, fomentando el uso de herramientas de control y monitoreo para la mejora continua en la ejecución y estimación del gasto.

ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE REPORTES PRESUPUESTARIOS INSTITUCIONALES		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseño e implementación de tableros de control de ejecución, estimación y desviaciones presupuestarias.	
Código BSC	D1.2_2	
Numerador	Numero de reportes Anexo I enviados dentro del plazo establecido.	
Denominador	Número total de reportes Anexo I comprometidos en el periodo.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	92%	
Meta Año 2	92%	
Meta Año 3	92%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	El requisito de plazo establecido corresponde al cumplimiento oportuno en la entrega del Anexo I por parte del Servicio de Salud dentro de los tres días hábiles siguientes a la apertura mensual, en donde la fecha de apertura corresponde al día 8 de cada mes, considerando la ampliación de plazo certificado por Fonasa.	




 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 79

D1.2_3 ÍNDICE DE IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCIÓN Y AJUSTE PRESUPUESTARIO

Descripción general del indicador:

El indicador “Nivel de implementación de estrategias de distribución y ajuste presupuestario” permite evaluar el grado de cumplimiento de los hitos programados en materia de gestión presupuestaria institucional, orientados a optimizar el uso de los recursos financieros disponibles. Su propósito es medir el avance en la ejecución de estrategias que aseguren una distribución eficiente, equitativa y oportuna del presupuesto, considerando los escenarios de ejecución y las prioridades institucionales definidas por la Dirección del Servicio de Salud.

ÍNDICE DE IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCIÓN Y AJUSTE PRESUPUESTARIO		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseñar e implementar estrategias de distribución y ajuste presupuestario que respondan a escenarios de ejecución y priorización institucional.	
Código BSC	D1.2_3	
Numerador	Número de hitos cumplidos en el año t	
Denominador	Número de hitos programados en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No Aplica	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>La reprogramación anual de hitos estratégicos y de ajuste presupuestario será validada mediante oficio emitido por la Subdirección Administrativa y dirigido a la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, documento que formalizará los hitos comprometidos para el año calendario. Dicho oficio deberá incluir la planificación detallada de actividades, responsables y plazos, el cual será el medio de verificación oficial.</p> <p>La programación podrá sufrir modificaciones ante circunstancias puntuales y de fuerza mayor.</p>	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 80


D1.2_4a PORCENTAJE DE VARIACIÓN EN LA ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBT 21
RESPECTO AL GASTO EJECUTADO

Descripción general del indicador

El “Porcentaje de variación en la estimación presupuestaria del Subtítulo 21 respecto al gasto ejecutado” mide la precisión y eficiencia en la planificación financiera del gasto en personal del Servicio de Salud Magallanes. Este indicador evalúa la diferencia porcentual entre el monto estimado en la programación presupuestaria anual y el gasto efectivamente ejecutado en el Subtítulo 21, permitiendo identificar desviaciones por sobrestimación o subestimación de recursos.

PORCENTAJE DE VARIACIÓN EN LA ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBT 21 RESPECTO AL GASTO EJECUTADO		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 21 orientado a la eficiencia y control del gasto en personal	
Código BSC	D1.2_4a	
Numerador	(Monto de gasto total ejecutado Subtítulo 21 año t - Monto de gasto total estimado Subtítulo 21 t)	
Denominador	Monto de gasto total estimado Subtítulo 21 año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	+-5%	
Meta Año 2	+-5%	
Meta Año 3	+-5%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGFE	
Fuente de Información Denominador	SIGFE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores dentro del +-5% son buenos	
Consideraciones técnicas	La meta del indicador es obtener una variación no mayor al 5% de subestimación o sobrestimación entre la programación financiera realizada por el Servicio de Salud y la ejecución presupuestaria de los Subtítulos 21 Gastos en Personal. Nivel de aplicación: Servicio de Salud Magallanes (toda la red). Al finalizar los doce meses de evaluación se promediarán los resultados mensuales del Servicio de Salud, considerando la Dirección de Servicio y todos sus establecimientos, y se obtendrá el resultado anual. Se aplica Tabla Sensibilidad:	
	Porcentaje de Cumplimiento	Resultado Indicador
	0%	X > 7%
	25%	+ -6.5% < X ≤ + -7%
	50%	+ -5,5% < X ≤ + -6.5%
	75%	+ -5% < X ≤ + -5,5%
	100%	X ≤ + -5%



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 81

D1.2_4b PORCENTAJE DE VARIACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBTÍTULO 21

Descripción General del Indicador

El Porcentaje de Variación de la Ejecución Presupuestaria del Subtítulo 21 evalúa el grado de correspondencia entre la ejecución efectiva del gasto en personal y el presupuesto asignado para dicho subtítulo durante el año. Este indicador permite monitorear la precisión en la planificación y gestión presupuestaria, asegurando que los recursos destinados al gasto en personal se utilicen de manera eficiente, oportuna y dentro de los márgenes de control financiero establecidos.

PORCENTAJE DE VARIACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBTÍTULO 21		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 21 orientado a la eficiencia y control del gasto en personal	
Código BSC	D1.2_4b	
Numerador	(Ejecución del gasto anual del Subtitulo 21 - presupuesto asignado del subtítulo 21)	
Denominador	Presupuesto asignado del Subtítulo 21	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	+-5%	
Meta Año 2	+-5%	
Meta Año 3	+-5%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGFE	
Fuente de Información Denominador	SIGFE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores dentro del +-5% son buenos	
Consideraciones técnicas	Se considerará cumplimiento óptimo cuando la ejecución anual se mantenga dentro del rango ±5% respecto del presupuesto asignado. Ejecuciones inferiores al 95% reflejarán subejecución y superiores al 105% sobreejecución. Los datos se validarán con base en los reportes del SIGFE y los análisis de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, en coordinación con la Subdirección Administrativa. Este indicador se orienta a garantizar un uso eficiente, controlado y ajustado a la planificación anual del gasto en personal, contribuyendo a la sostenibilidad presupuestaria institucional. Se aplica Tabla de sensibilidad:	
	% Cumplimiento	Resultado Indicador
	0%	X > 7%
	25%	+ -6.5% < X ≤ + -7%
	50%	+ -5,5% < X ≤ + -6.5%
	75%	+ -5% < X ≤ + -5,5%
	100%	X ≤ + -5%




D1.2_5a PORCENTAJE DE VARIACIÓN EN LA ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBT 22
RESPECTO AL GASTO EJECUTADO

Descripción general del indicador:

El indicador “Calidad de las estimaciones Subtítulo 22” mide la precisión de las proyecciones presupuestarias realizadas por la Subdirección Administrativa en relación con la ejecución efectiva del gasto del Subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo). Su propósito es evaluar la capacidad institucional para planificar, estimar y controlar el uso de los recursos financieros de manera eficiente y ajustada a la realidad operativa mensual.

PORCENTAJE DE VARIACIÓN EN LA ESTIMACIÓN PRESUPUESTARIA DEL SUBT 22 RESPECTO AL GASTO EJECUTADO		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 22 orientado a la eficiencia y control del gasto	
Código BSC	D1.2_5a	
Numerador	(Monto de gasto total ejecutado Subtítulo 22 año t - Monto de gasto total estimado Subtítulo 22 t)	
Denominador	Monto de gasto total estimado Subtítulo 22 año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	+-5%	
Meta Año 2	+-5%	
Meta Año 3	+-5%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGFE	
Fuente de Información Denominador	SIGFE	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores dentro del +-5% son buenos	
Consideraciones técnicas	El medio de verificación para este indicador es el Anexo I.	
	Se aplica la siguiente tabla de sensibilidad:	
	Porcentaje Cumplimiento	Resultado Indicador
	0%	X > +-10%
	25%	+8% < X ≤ +-10%
	50%	+6,5% < X ≤ +-8%
	75%	+5% < X ≤ +-6,5%
	100%	X ≤ +-5%



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 83


D1.2_5b ÍNDICE DE PAGOS OPORTUNOS

Descripción general del indicador:

El Índice de Pagos Oportunos evalúa la eficiencia en la gestión presupuestaria institucional, midiendo el porcentaje de facturas pagadas dentro del plazo legal de 30 días hábiles establecido por la Ley N°21.131. Su propósito es garantizar la oportunidad en el cumplimiento de obligaciones financieras del Subtítulo 22, promoviendo una administración responsable y eficiente de los recursos públicos.

ÍNDICE DE PAGOS OPORTUNOS		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión presupuestaria institucional, con foco en estimaciones precisas y eficiencia en el gasto.	
Línea Operativa	Diseño e implementación de Plan de Gestión del Subtítulo 22 orientado a la eficiencia y control del gasto	
Código BSC	D1.2_5b	
Numerador	N° de facturas pagadas dentro de 30 días hábiles	
Denominador	N° total de facturas	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	90%	
Meta Año 2	90%	
Meta Año 3	90%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIGFE	
Fuente de Información Denominador	SIGFE	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El cálculo de las facturas pagadas dentro de 30 días hábiles se realiza mediante la diferencia entre la fecha de pago TGR y la fecha de vencimiento de las facturas.</p> <p>Este indicador aplica exclusivamente para aquellas facturas asociadas a cuentas presupuestarias.</p> <p>Fuente de información principal SIGFE, sin embargos en aquellos casos en que las facturas son pagadas por el Servicio de Salud, la fuente de financiamiento será la cartola de pago de Banco Estado.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 84

D1.3_1 ÍNDICE DE OPORTUNIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS A MUNICIPALIDADES

Descripción General del Indicador

El indicador “Índice de Oportunidad en la Transferencia de Recursos a Municipalidades” evalúa la eficiencia y oportunidad en la gestión financiera del Servicio de Salud, midiendo el cumplimiento en la transferencia oportuna de recursos del Subtítulo 24 hacia las municipalidades con las que se mantienen convenios y compromisos programáticos.

Este indicador refleja la capacidad institucional para realizar las transferencias dentro de los plazos establecidos definidos como un máximo de dos días hábiles desde la recepción conforme del memorándum que autoriza la transferencia, contribuyendo a una gestión financiera eficiente y alineada con los principios de oportunidad y responsabilidad fiscal.

ÍNDICE DE OPORTUNIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS A MUNICIPALIDADES		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo	
Línea Operativa	Optimizar la gestión y oportunidad en las transferencias de recursos del Subtítulo 24 a entidades ejecutoras	
Código BSC	D1.3_1	
Numerador	Número total de transferencias oportunas a municipalidades	
Denominador	Número total de transferencias del año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	95%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El indicador mide el grado de cumplimiento en la ejecución oportuna de transferencias financieras desde el Servicio de Salud hacia las municipalidades con las que se vincula la red, en el marco de los convenios y compromisos programáticos vigentes.</p> <p>Se considera transferencia oportuna aquella que se materializa dentro de un plazo igual o inferior a dos (2) días hábiles contados desde la recepción conforme del memorándum emitido por la Subdirección de Gestión Asistencial, que instruye o autoriza la transferencia correspondiente.</p> <p>El medio de verificación corresponde a Planilla de monitoreo del Departamento de Recursos Financieros.</p>	




D1.3_2 ÍNDICE DE CONTRATOS NO RENOVADOS OPORTUNAMENTE

Descripción general del indicador

El Índice de Contratos No Renovados Oportunamente permite medir la eficacia y oportunidad de la gestión contractual institucional, identificando la proporción de contratos que, habiendo vencido en plazo o monto, no fueron renovados dentro de los tiempos establecidos. Este indicador busca fortalecer la planificación y control administrativo, asegurando la continuidad de los servicios, la eficiencia en el uso de recursos públicos y el cumplimiento de la normativa vigente en materia de adquisiciones.

ÍNDICE DE CONTRATOS NO RENOVADOS OPORTUNAMENTE		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo	
Línea Operativa	Fortalecer la gestión y control de contratos institucionales, promoviendo eficiencia, trazabilidad y cumplimiento contractual	
Código BSC	D1.3_2	
Numerador	Número de contratos vencidos en plazo o monto y no renovados oportunamente	
Denominador	Número total de contratos gestionados por el Servicio (ley de compras)	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	20%	
Meta Año 2	10%	
Meta Año 3	5%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores bajos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Se emitirá un reporte mensual sobre el estado de los convenios, el cual se formalizará mediante memorándum del Departamento de Abastecimiento hacia la Subdirección Administrativa.</p> <p>El medio de verificación entrará en vigencia a partir del mes de noviembre de 2025.</p> <p>Se articulará capacitaciones obligatorias con los referentes o actores relevantes.</p>	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 86

D1.3_3 ÍNDICE DE IDENTIFICACIÓN PATRIMONIAL DE BIENES DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

Descripción General del Indicador

El Índice de Identificación Patrimonial de Bienes de la Dirección del Servicio mide el grado de cumplimiento en la identificación y etiquetado de los bienes institucionales pertenecientes a la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, en concordancia con las normativas internas y los procedimientos establecidos para el control patrimonial. Este indicador permite evaluar la eficacia de los procesos de registro, control y trazabilidad del patrimonio institucional, asegurando una administración eficiente y transparente de los recursos físicos.

ÍNDICE DE IDENTIFICACIÓN PATRIMONIAL DE BIENES DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO		
Subdirección Administrativa		
Línea Estratégica	Consolidar la gestión financiera y administrativa, asegurando eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo	
línea Operativa	Implementar un sistema integrado de gestión de bienes institucionales	
Código BSC	D1.3_3	
Numerador	Número de bienes etiquetados de la DSSM	
Denominador	Número total de bienes inventariados de acuerdo a muestreo aleatorio	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	95%	
línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Cumplimiento por parte de los funcionarios con lo indicado en el Manual de procedimientos internos para el manejo y control de inventario del Servicio de Salud Magallanes y lo instruido en Circular N° 6 de la Dirección del Servicio.</p> <p>La meta se fija en 95%, excluyendo aquellos bienes nuevos en proceso de alta, traslado o baja que no alcancen a ser etiquetados dentro del periodo de evaluación.</p> <p>La muestra considerada en el denominador será proporcionada por software validado que permita un muestreo aleatorio.</p>	



Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°4


B2.1_1 PORCENTAJE DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS FORMALIZADOS Y ACTUALIZADOS CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE

Descripción General del Indicador:

El Porcentaje de Procesos Administrativos Formalizados y Actualizados conforme a la normativa vigente mide el grado de avance en la estandarización, regularización y validación de los procedimientos administrativos del Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas, asegurando su coherencia con el marco legal y normativo aplicable al sector salud.

PORCENTAJE DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS FORMALIZADOS Y ACTUALIZADOS CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE	
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas	
Línea Estratégica	Consolidar la política de gestión y desarrollo de personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM
Línea Operativa	Regular y estandarizar los procesos administrativos de gestión de personas, en conformidad a la normativa vigente
Código BSC	B2.1_1
Numerador	Nº de procesos administrativos formalizados y/o actualizados
Denominador	Nº Total de procesos administrativos identificados
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	No aplica
Meta Año 2	65%
Meta Año 3	75%
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	Proporcional
Polaridad	Valores bajos son buenos
Consideraciones técnicas	<div>Se considerará “formalizado” todo proceso que por primera vez se valide a través de una Res. Exenta que lo apruebe.</div> <div><div>-</div><div>Se considerará “actualizado” cuando el documento deba ser modificado debido a un cambio en la normativa vigente; y este ajuste se realice dentro del periodo evaluado.</div></div> <div><div>-</div><div>Para la identificación del denominador, se establecerá un inventario institucional oficial de procesos administrativos del Departamento Gestión de personas, clasificándolos según su naturaleza. El inventario deberá confeccionarse durante el 1º trimestre del año 2026, cuyo resultado sentará las bases del denominador para los años 2026 y 2027.</div></div> <div><div>-</div><div>A partir de dicho levantamiento, se elaborará y mantendrán actualizados los manuales de procedimientos, circulares e instructivos asociados, asegurando su trazabilidad y coherencia normativa.</div></div> <div><div>-</div><div>Asimismo, se implementará un registro sistemático de gestión documental, que permita el control de versiones y la actualización permanente de los procesos conforme a la normativa vigente y a las directrices ministeriales.</div></div>



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 88


B2.1_2 PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE DECLARAN CONOCER Y COMPRENDER LA POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de funcionarios que declaran conocer y comprender la Política de Gestión y Desarrollo de Personas” permite medir el grado de apropiación, comprensión y difusión interna de los principios, objetivos y lineamientos definidos en dicha política al interior de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE DECLARAN CONOCER Y COMPRENDER LA POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Consolidar la política de gestión y desarrollo de personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM	
Línea Operativa	Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación continua de la implementación de la Política de Gestión y Desarrollo de Personas	
Código BSC	B2.1_2	
Numerador	N° de funcionarios que declaran conocer y comprender la Política de Gestión y Desarrollo de Personas	
Denominador	Total de funcionarios de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	65%	
Meta Año 3	75%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<ul style="list-style-type: none">- El Departamento Gestión de Personas aplicará una encuesta a todos los funcionarios/as de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, dos veces al año, estructurada y validada metodológicamente, que permita medir el nivel de conocimiento y comprensión de los contenidos, principios y objetivos de la Política de Gestión y Desarrollo de Personas.- La evaluación anual, de la aplicación de la encuesta se realizará con fecha de corte 30 de noviembre de cada año calendario. Con este resultado ponderamos al instrumento, es decir vamos a adaptar o adecuar la confiabilidad de acuerdo a los datos obtenidos en forma anual.- Debe incorporar criterios de representatividad por estamento, género y establecimiento dependiente del Servicio de Salud.- Los resultados intermedios deben acompañarse con un plan de difusión interna, orientado a fortalecer el conocimiento institucional sobre la política.- Los resultados deben servir como retroalimentación para el monitoreo del grado de implementación efectiva de la política en el Servicio.- La encuesta deberá identificar al funcionario o funcionaria para registro.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 89


B2.1_3 PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE DECLARAN CONOCER Y COMPRENDER SUS DERECHOS Y DEBERES FUNCIONARIOS

Descripción general del indicador

El indicador mide el grado de conocimiento y comprensión que los funcionarios de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes tienen sobre sus derechos y deberes. Permite evaluar la efectividad de las acciones de difusión y fortalecimiento institucional en materia de gestión de personas, promoviendo una cultura organizacional basada en la responsabilidad, transparencia y cumplimiento normativo.

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE DECLARAN CONOCER Y COMPRENDER SUS DERECHOS Y DEBERES FUNCIONARIOS		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Consolidar la política de gestión y desarrollo de personas, fortaleciendo las capacidades institucionales de la DSSM	
Linea Operativa	Difundir y fortalecer el cumplimiento de los derechos, deberes y obligaciones funcionarias.	
Código BSC	B2.1_3	
Numerador	Nº funcionarios que declaran conocer y comprender sus derechos y deberes funcionarios	
Denominador	Total de funcionarios de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	65%	
Meta Año 3	75%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<ul style="list-style-type: none">- El Departamento Gestión de Personas aplicará una encuesta a todos los funcionarios/as de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, dos veces al año, estructurada y validada metodológicamente, que permita medir el nivel de conocimiento y comprensión de los contenidos, principios y objetivos de los derechos y deberes funcionarios.- La evaluación anual, de la aplicación de la encuesta se realizará con fecha de corte 30 de noviembre de cada año calendario. Con este resultado ponderamos al instrumento, es decir vamos a adaptar o adecuar la confiabilidad de acuerdo a los datos obtenidos en forma anual.- Debe incorporar criterios de representatividad por estamento, género y establecimiento dependiente del Servicio de Salud.- Los resultados intermedios deben acompañarse con un plan de difusión interna, orientado a fortalecer el conocimiento institucional sobre la política.- Los resultados deben servir como retroalimentación para el monitoreo del grado de implementación efectiva de la política en el Servicio.- La encuesta deberá identificar al funcionario o funcionaria para registro.	




 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	Nº1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 90

B2.2_1 ÍNDICE DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES QUE PROMUEVAN EL BUEN TRATO LABORAL EN LA DSSM

Descripción General del Indicador

El Índice de Implementación de Acciones que Promuevan el Buen Trato Laboral en la DSSM mide el nivel de cumplimiento de las acciones planificadas orientadas a fomentar ambientes laborales saludables, colaborativos y libres de violencia en los distintos niveles organizacionales del Servicio de Salud Magallanes.

ÍNDICE DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES QUE PROMUEVAN EL BUEN TRATO LABORAL EN LA DSSM		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal	
Línea Operativa	Mantener y fomentar el buen trato laboral y las buenas prácticas dentro de la Institución, previniendo todo tipo de violencia en los espacios de trabajo.	
Código BSC	B2.2_1	
Numerador	Nº de acciones que promueven el buen trato ejecutadas en el año t	
Denominador	Nº total de acciones de buen trato planificadas en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	70%	
Meta Año 2	85%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No aplica
Polaridad		Valores altos son Buenos.
Consideraciones técnicas	<p>Se deberá elaborar y presentar una planificación anual, la cual será programada durante el mes de marzo de cada año, considerando el inicio de su ejecución a partir del mes de mayo. Esta planificación deberá detallar las intervenciones de promoción del buen trato laboral programadas por la Unidad de Buen Trato Laboral, perteneciente al Dpto. Calidad de Vida laboral de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, indicando la población objetivo, fecha estimada de ejecución y medio de verificación correspondiente a cada actividad. Para la validación de las intervenciones ejecutadas, se considerarán aquellas actividades orientadas al fortalecimiento de los ambientes bien tratantes y a la prevención de la violencia en los espacios de trabajo, tales como: Talleres y jornadas participativas dirigidas a equipos de trabajo, Acciones de difusión y promoción del uso de la Plataforma Harmonía y Protocolo Vals, Actividades de autocuidado individual y colectivo y Campañas comunicacionales internas que promuevan el respeto, la empatía y la colaboración entre los funcionarios y funcionarias. Cada actividad ejecutada deberá contar con un registro verificable emitido por la Unidad de Buen Trato Laboral.</p> <p>La actividad contemplará dos cortes de seguimiento: el primero correspondiente al periodo mayo–agosto, cuyo informe se entregará durante los primeros días de septiembre, y el segundo correspondiente al periodo septiembre–diciembre, que se entregará durante los primeros días de enero del año siguiente.</p> <p>La planificación anual podrá ser reprogramada en caso de presentarse modificaciones debidamente justificadas.</p>	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 91


B2.2_2a PORCENTAJE DE RECETAS MÉDICAS TRAMITADAS OPORTUNAMENTE POR LA UNIDAD DE SALUD FUNCIONARIA

Descripción General del Indicador

El Porcentaje de recetas médicas tramitadas oportunamente por la Unidad de Salud Funcionaria mide la eficiencia y oportunidad del proceso de gestión de recetas médicas solicitadas por los funcionarios/as de la institución.

PORCENTAJE DE RECETAS MÉDICAS TRAMITADAS OPORTUNAMENTE POR LA UNIDAD DE SALUD FUNCIONARIA		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal	
Línea Operativa	Promover estrategias de prevención, recuperabilidad y reintegro de los funcionarios/as.	
Código BSC	B2.2_2a	
Numerador	Número de recetas tramitadas	
Denominador	Número de recetas recepcionados	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	80%	
Meta Año 2	90%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>La tramitación de las recetas se realizará oportunamente de acuerdo a los plazos para gestión y despacho de recetas médicas. Oportunamente, significa que se tramitara a tiempo con el fin de entregar medicamentos antes de acabarse el anterior.</p> <p>La Unidad de Salud funcionaria mantiene un registro consolidado que permita verificar la fecha de ingreso y tramitación de cada solicitud. Se considerarán las recetas médicas tramitadas efectivamente en farmacia del HCM y en COSAM, según corresponda.</p> <p>La actividad contemplará cuatro cortes de seguimiento:</p> <p>Primer corte: enero a marzo → entrega en abril.</p> <p>Segundo corte: abril a junio → entrega en julio.</p> <p>Tercer corte: julio a septiembre → entrega en octubre.</p> <p>Cuarto corte: octubre a diciembre → entrega en enero del año siguiente.</p> <p>La tramitación de recetas a través de las farmacias del HCM y COSAM constituye un apoyo colaborativo orientado a brindar asistencia a los funcionarios/as. En caso de darse término a este apoyo, no sería posible realizar el cálculo del indicador correspondiente.</p>	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 92


B2.2_2b PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS/AS CON AUSENTISMO POR LM COMÚN MAYOR A 3 MESES, QUE CUENTAN CON PLAN DE REINTEGRO EJECUTADO

Descripción General del Indicador

El indicador “Porcentaje de funcionarios/as con ausentismo por licencia médica común mayor a 3 meses que cuentan con plan de reintegro ejecutado” mide el grado de implementación de estrategias institucionales orientadas a facilitar la reincorporación laboral efectiva y segura de los funcionarios/as que han presentado ausentismo prolongado.

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS/AS CON AUSENTISMO POR LM COMÚN MAYOR A 3 MESES, QUE CUENTAN CON PLAN DE REINTEGRO EJECUTADO		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal	
Línea Operativa	Promover estrategias de prevención, recuperabilidad y reintegro de los funcionarios/as.	
Código BSC	B2.2_2b	
Numerador	Número de funcionarios/as aceptaron procedimiento de reintegro	
Denominador	Número de funcionarios/as que se reincorporaron	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	25%	
Meta Año 2	30%	
Meta Año 3	40%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Los valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El objetivo del indicador es Promover la recuperación funcional y la reincorporación laboral oportuna de los funcionarios/as que hayan presentado ausentismo prolongado mayor a 3 meses, mediante la implementación de planes de reintegro elaborados y ejecutados por la Unidad de Salud Funcionaria, en concordancia con los lineamientos de salud ocupacional y bienestar institucional del Servicio.</p> <p>Especificaciones:</p> <p>El Plan de Reintegro se implementa al momento de realizar el seguimiento y confirmar el retorno laboral del funcionario/a. En esta instancia, se da a conocer el plan y a su regreso se efectúa una reunión entre la jefatura directa, el Departamento de Salud Ocupacional, la Unidad de Salud Funcionaria y el funcionario/a que se reincorpora.</p> <p>La activación del plan es de carácter voluntario por parte del funcionario/a.</p> <p>Para efectos del indicador, se considerarán los casos con ausentismo laboral superior a 90 días continuos.</p> <p>Los resultados se respaldarán mediante la ficha del Plan de Retorno Progresivo.</p>	




 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 93

B2.2_2c PORCENTAJE DE COBERTURA EN SEGUIMIENTO EFECTIVO A FUNCIONARIOS/AS CON AUSENTISMO PROLONGADO EN DSSM (>180)

Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de cobertura en seguimiento efectivo a funcionarios/as con ausentismo prolongado en DSSM (>180 días)” mide el grado en que la organización asegura el acompañamiento y monitoreo formal de los funcionarios/as que presentan ausentismo laboral extendido, con el fin de fortalecer la gestión del ausentismo, mantener el vínculo institucional y favorecer el bienestar y la reinserción laboral del personal.

PORCENTAJE DE COBERTURA EN SEGUIMIENTO EFECTIVO A FUNCIONARIOS/AS CON AUSENTISMO PROLONGADO EN DSSM (>180)		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Fortalecer la gestión del ausentismo laboral mejorando la continuidad operativa y el bienestar del personal	
Línea Operativa	Promover estrategias de prevención, recuperabilidad y reintegro de los funcionarios/as.	
Código BSC	B2.2_2c	
Numerador	Nº funcionarios/as que se realizó seguimiento efectivo	
Denominador	Nº funcionarios/as con ausentismo > 180 días	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	80%	
Meta Año 2	85%	
Meta Año 3	90%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Los valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>La Unidad de Salud Funcionaria mantiene un registro consolidado que permite verificar la fecha de contacto y acompañamiento.</p> <p>Se considerará seguimiento efectivo a toda acción de contacto o acompañamiento registrada y validada por la Unidad de Salud Funcionaria, la cual incluye: Llamadas telefónicas con registro de fecha, responsable y contenido del contacto, independiente de la respuesta por parte del funcionario, Carta certificada de notificación enviadas al domicilio cuando no se logra contacto telefónico y visitas domiciliarias efectuadas con registro formal y firma de recepción, debidamente coordinada con el funcionario.</p> <p>Cada seguimiento deberá contar con un respaldo verificable, ya sea mediante bitácora, formulario o informe.</p> <p>En caso de que el funcionario/a no acceda a participar del seguimiento, igualmente se registrará como seguimiento efectivo.</p> <p>El corte se efectuará conforme a lo establecido en el manual de procedimientos, el cual indica una periodicidad mensual.</p> <p>Asimismo, el funcionario/a deberá encontrarse con ausentismo activo para que el seguimiento sea considerado dentro del corte correspondiente; de lo contrario, no será contabilizado.</p>	

	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 94


B2.3_1 PORCENTAJE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EJECUTADAS QUE RESPONDEN A BRECHAS O NECESIDADES PRIORIZADAS EN LOS DIAGNÓSTICOS CON ENFOQUE TERRITORIAL

Descripción General del Indicador


El indicador “Porcentaje de actividades formativas ejecutadas que responden a brechas o necesidades priorizadas en los diagnósticos con enfoque territorial” permite evaluar el grado de pertinencia, alineación y coherencia del sistema de capacitación institucional con las necesidades reales de los territorios y de la Red Asistencial.

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EJECUTADAS QUE RESPONDEN A BRECHAS O NECESIDADES PRIORIZADAS EN LOS DIAGNÓSTICOS CON ENFOQUE TERRITORIAL		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
Línea Estratégica	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red	
Línea Operativa	Fortalecer el sistema de capacitación y educación continua en la red con enfoque territorial.	
Código BSC	B2.3_1	
Numerador	Número de actividades de capacitación ejecutadas durante el año t que fueron priorizadas en el diagnóstico de necesidades de capacitación con enfoque territorial y estratégico.	
Denominador	Total, de actividades de capacitación programadas en el año t, de acuerdo con el diagnóstico de necesidades de capacitación con enfoque territorial y estratégico.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	30%	
Meta Año 2	45%	
Meta Año 3	60%	
Línea Base	No aplica	
Fuente de Información Numerador	Local: Registros de ejecución de capacitaciones en SIRH y planillas locales de hubs formativos; rendiciones de establecimientos APS.	
Fuente de Información Denominador	Local: Sistema institucional de registro de capacitación (SIRH – módulo de Capacitación, consolidado de la Red); planificación del PAC y diagnósticos territoriales de necesidades de capacitación; Planes de Salud Comunal y Programas de Salud Municipal.	
Tabla de Sensibilidad	Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 95

PORCENTAJE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EJECUTADAS QUE RESPONDEN A BRECHAS O NECESIDADES PRIORIZADAS EN LOS DIAGNÓSTICOS CON ENFOQUE TERRITORIAL	
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas	
Línea Estratégica	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red
Línea Operativa	Fortalecer el sistema de capacitación y educación continua en la red con enfoque territorial.
Código BSC	B2.3_1
Consideraciones técnicas	<p>Especificaciones:</p> <p>El Departamento de Capacitación y Educación Continua será el responsable de la coordinación técnica del indicador, consolidando la información proveniente de todos los establecimientos de la Red Asistencial.</p> <p>Cada establecimiento cuenta con un referente local de capacitación, responsable de reportar su información en los plazos establecidos según los programas.</p> <p>La medición se realizará semestral, considerando todas las actividades ejecutadas en el año t. El monitoreo intermedio permitirá verificar avance y ajustar brechas en la ejecución del PAC territorial.</p> <p>Se considera actividad válida toda acción formativa (curso, taller, jornada, pasantía o capacitación virtual) ejecutada que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Esté identificada en el diagnóstico de necesidades de capacitación del territorio o establecimiento. b) Tenga respaldo documental (acta de asistencia, certificado, informe o registro en plataforma). c) Sea coherente con los objetivos del PAC institucional o diagnósticos considerados Planes de Salud Comunal y Programas de Salud Municipal. <p>Cada diagnóstico debe mantener un código o correlativo de prioridad (1 a 5) que permita asociar la actividad programadas a una brecha territorial o estratégica identificada. (Se adjunta Matriz de Priorización Territorial de Capacitación)</p> <p>Planilla de consolidación se incorporará una columna de vinculación que indique: <i>Sí (1):</i> Actividad priorizada en el diagnóstico territorial. <i>No (0):</i> Actividad no priorizada o adicional.</p> <p>El cálculo del indicador se realizará considerando únicamente las actividades con valor “1”.</p> <p>Se generará un informe de análisis territorial, identificando brechas, duplicidades y oportunidades de mejora por macrozona (Magallanes, Última Esperanza, Tierra del Fuego y Antártica Chilena).</p> <p>Los resultados serán insumo para la planificación del PAC del año siguiente y para ajustar el modelo Hub-and-Spoke Formativo.</p> <p>Definición: Modelo Hub-and-Spoke Formativo – Red SSM</p> <ul style="list-style-type: none"> El modelo Hub-and-Spoke Formativo del Servicio de Salud Magallanes organiza la capacitación regional a través de nodos formativos centrales (“Hubs”), como el Hospital Clínico de Magallanes, el Hospital de Natales y el Hospital de Porvenir, que actúan como centros de referencia, entrenamiento y simulación, extendiendo sus capacidades a establecimientos periféricos o “Spokes” (CESFAM, hospitales comunitarios, y postas rurales).

 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 96

B2.3_2 PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS/AS DE LA DOTACIÓN DEL PERSONAL CAPACITADOS/AS EN TEMAS TRANSVERSALES, SEGÚN INDICACIONES ANUALES DEL MINSAL


Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de funcionarios/as de la dotación del personal capacitados/as en temas transversales, según indicaciones anuales del MINSAL” mide el grado de cumplimiento institucional respecto de la formación continua del personal en materias definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud, orientadas a fortalecer competencias éticas, valóricas y relacionales en el desempeño laboral.

Su propósito es monitorear el avance en la implementación del Plan Anual de Capacitación en relación con los temas transversales establecidos, tales como trato al usuario, probidad, integridad, derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad, seguridad del paciente, entre otros. Este indicador permite evaluar el compromiso institucional con el desarrollo de una cultura organizacional basada en el respeto, la equidad y la calidad en la atención.

El resultado obtenido refleja el porcentaje de funcionarios/as capacitados/as respecto del total de la dotación vigente en el año correspondiente, a partir de los registros formales del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Valores altos evidencian una mayor cobertura de capacitación en materias transversales, lo que contribuye al fortalecimiento de las competencias del personal y al cumplimiento de los lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud en materia de desarrollo de personas.

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS/AS DE LA DOTACIÓN DEL PERSONAL CAPACITADOS/AS EN TEMAS TRANSVERSALES, SEGÚN INDICACIONES ANUALES DEL MINSAL		
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas		
línea Estratégica	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red	
línea Operativa	Incorporar enfoque de género, interculturalidad, bienestar organizacional y trato usuario en los diseños instruccionales del plan de capacitación	
Código BSC	B2.3_2	
Numerador	N° de funcionarios/as de la dotación del personal capacitados/as en temas transversales en el año t, según indicaciones anuales del MINSAL.	
Denominador	N° total de funcionarios/as del establecimiento de salud año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	20%	
Meta Año 2	30%	
Meta Año 3	40%	
línea Base	Aplica	
Fuente de Información Numerador	SIRH	
Fuente de Información Denominador	SIRH	
Tabla de Sensibilidad	No aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 97

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS/AS DE LA DOTACIÓN DEL PERSONAL CAPACITADOS/AS EN TEMAS TRANSVERSALES, SEGÚN INDICACIONES ANUALES DEL MINSAL	
Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas	
línea Estratégica	Desarrollar capacidades y competencias técnicas en los funcionarios/as de la red
línea Operativa	Incorporar enfoque de género, interculturalidad, bienestar organizacional y trato usuario en los diseños instruccionales del plan de capacitación
Código BSC	B2.3_2
Consideraciones técnicas	<p>Se consideran como <i>temas transversales relevantes</i> aquellos definidos anualmente por el Ministerio de Salud (MINSAL) como prioritarios para toda la Red Asistencial, orientados a fortalecer competencias éticas, valóricas, institucionales y relacionales. Entre ellos se incluyen sin limitarse a las siguientes materias: Trato al Usuario, Integridad y Prevención de la Corrupción, Violencia en los Espacios de Trabajo, Probidad y Transparencia, Derechos Humanos, Humanización de la Atención, Ley Karin, Perspectiva de Género y Seguridad del Paciente. Cada año, la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas difundirá los lineamientos MINSAL actualizados y sus criterios de pertinencia temática.</p> <p>Registro y validación:</p> <ul style="list-style-type: none">Se contabilizarán exclusivamente las actividades registradas y validadas en el módulo de Capacitación del Sistema Institucional de Registro de Recursos Humanos (SIRH).Cada capacitación deberá contar con respaldo documental verificable, tales como: listado de asistencia, certificados o informes finales emitidos por el relator o unidad organizadora.Solo se considerarán aquellas actividades categorizadas correctamente bajo el tipo “Tema Transversal”, según las clasificaciones estandarizadas del MINSAL y validadas por la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas.Las correcciones o actualizaciones de registros en SIRH deberán realizarse antes del corte semestral oficial, con el fin de asegurar consistencia en la medición regional. <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">Se incluirán únicamente funcionarios/as con contrato vigente al momento de ejecución de la capacitación.Las actividades deberán tener una duración mínima de 15 horas cronológicas, o su equivalente en modalidad e-learning, b-learning o presencial, conforme a la normativa institucional vigente.No se considerarán actividades de inducción inicial, talleres informales, charlas de sensibilización sin certificación ni cursos que no cuenten con validación de contenidos. <p>Periodicidad de medición:</p> <ul style="list-style-type: none">La medición del indicador se realizará semestralmente, con consolidación anual a nivel regional. <p>Los establecimientos deberán reportar sus avances en base a los informes de SIRH, asegurando que la información esté actualizada al cierre de cada período (junio y diciembre de cada año calendario).</p>



Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°5


B3.2_1 ÍNDICE DE OPERATIVIDAD DE LA FLOTA VEHICULAR

Descripción general del indicador

El indicador mide el grado de disponibilidad operativa de la flota vehicular de la red asistencial, reflejando la proporción de vehículos que se encuentran en condiciones óptimas para su uso, con mantenciones preventivas y correctivas al día, respecto del total de la flota institucional. Su objetivo es monitorear la eficiencia en la gestión y mantenimiento de los recursos móviles, asegurando la continuidad operativa de los servicios de salud que dependen del traslado de personal, insumos y pacientes.

ÍNDICE DE OPERATIVIDAD DE LA FLOTA VEHICULAR		
Subdirección de Recursos Físicos		
Línea Estratégica	Optimizar la disponibilidad y condiciones operativas de la infraestructura y flota vehicular de la red.	
Línea Operativa	Implementar un sistema de planificación y control de mantenimiento preventivo de la flota vehicular	
Código BSC	B3.2_1	
Numerador	Cantidad Vehículos Operativos	
Denominador	Cantidad Total de Flota Vehicular	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=80%	
Meta Año 2	>=80%	
Meta Año 3	>=80%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Un vehículo operativo es aquel que se encuentra en circulación o disponible para circular, con sus mantenimientos al día.</p> <p>Los mantenimientos preventivos se realizan cada 10.000 km. o 1 año dependiendo del caso. Deberá llevarse registro de KM al corte 01 de enero del año t respectivo por cada vehículo de la flota.</p> <p>La flota vehicular corresponde a todos los vehículos de la red.</p> <p>No se considerarán como parte de la flota los vehículos en proceso de baja, los cuales deberán descontarse del denominador.</p>	



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 99


B3.2_2 ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA DSSM

Descripción general del indicador:

El Índice de Cumplimiento del Plan de Mantenimiento de la DSSM mide el grado de ejecución de las actividades de mantenimiento preventivo programadas anualmente para la infraestructura y flota vehicular de los dispositivos dependientes de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.

ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA DSSM		
Subdirección de Recursos Físicos		
Línea Estratégica	Optimizar la disponibilidad y condiciones operativas de la infraestructura y flota vehicular de la red.	
Línea Operativa	Gestionar iniciativas orientadas a mejorar las condiciones operativas de la infraestructura en los dispositivos dependientes de la DSSM	
Código BSC	B3.2_2	
Numerador	Número de mantenimientos preventivos realizados en el año	
Denominador	Número de mantenimientos preventivos programados al año	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=70%	
Meta Año 2	>=80%	
Meta Año 3	>=90%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Se informará la programación anual de mantenimiento preventivo de los establecimientos dependientes de la DSSM.</p> <p>Los establecimientos dependientes de la DSSM son Salud Mental, SAMU, PRAIS y Dirección de Servicio.</p> <p>La cantidad de dispositivos dependientes de la DSSM son un total de 17.</p> <p>En total se realizarían 88 mantenciones al año.</p> <p>La planilla de mantenimiento será propia de la Subdirección de Recursos Físicos.</p> <p>Ejecución sujeta a disponibilidad presupuestaria de la DSSM, lo cual podrá justificar un cumplimiento inferior por motivos de déficit presupuestario.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 100

D1.1_1 ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE SEGUIMIENTO DEL CONVENIO DE PROGRAMACIÓN GORE-MINSAL


Descripción General del Indicador

El *Índice de Cumplimiento de Reuniones de Seguimiento del Convenio de Programación GORE-MINSAL* mide el grado en que la Subdirección de Recursos Físicos cumple con la realización de las reuniones de seguimiento establecidas en el marco del Convenio de Programación entre el Gobierno Regional (GORE) y el Ministerio de Salud (MINSAL).

Este indicador permite monitorear la regularidad y oportunidad en la coordinación interinstitucional necesaria para el seguimiento de las iniciativas de inversión en salud comprometidas en dicho convenio. Su cumplimiento refleja una adecuada gestión de la planificación y control de avances en proyectos de infraestructura y equipamiento de la red asistencial, contribuyendo a una ejecución eficiente, transparente y alineada con los objetivos estratégicos institucionales.

ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE SEGUIMIENTO DEL CONVENIO DE PROGRAMACIÓN GORE-MINSAL		
Subdirección de Recursos Físicos		
Línea Estratégica	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial	
Línea Operativa	Fortalecer el monitoreo y seguimiento del Convenio Programación GORE-MINSAL	
Código BSC	D1.1_1	
Numerador	Cantidad de reuniones efectivamente realizadas	
Denominador	Cantidad mínima de reuniones indicadas en convenio de programación	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	>=100%	
Meta Año 2	>=100%	
Meta Año 3	>=100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Las reuniones mínimas indicadas en el convenio de programación GORE-Minsal corresponden a 3 en el año calendario, lo cual define el denominador. Los medios de verificación serán las actas de las reuniones del convenio. Dicotómico.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 101

D1.1_2 ÍNDICE DE APROBACIÓN TÉCNICA (RS) POR PARTE DEL MIDESO DE INICIATIVAS DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA APS


Descripción general del indicador

El Índice de Aprobación Técnica (RS) por parte del MIDESO de Iniciativas de Inversión en Infraestructura APS mide el grado de avance en la gestión de proyectos de inversión presentados por la red de Atención Primaria de Salud (APS) que logran obtener la aprobación técnica (Recomendación Satisfactoria, RS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO).

Este indicador permite evaluar la eficiencia y efectividad del proceso de formulación y presentación de iniciativas de inversión, reflejando la capacidad institucional para desarrollar proyectos técnicamente sólidos, alineados con las normativas vigentes y con enfoque territorial. Su seguimiento contribuye a fortalecer la planificación y ejecución de la infraestructura sanitaria, asegurando que las iniciativas priorizadas cuenten con respaldo técnico para su posterior financiamiento y materialización, en concordancia con las metas estratégicas de la red asistencial.

ÍNDICE DE APROBACIÓN TÉCNICA (RS) POR PARTE DEL MIDESO DE INICIATIVAS DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA APS	
Subdirección de Recursos Físicos	
Línea Estratégica	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial
Línea Operativa	Gestionar proyectos de infraestructura con enfoque territorial
Código BSC	D1.1_2
Numerador	Cantidad de iniciativas APS que recibieron la aprobación técnica (RS) por parte del MIDESO en el año “t”
Denominador	Cantidad de iniciativas de inversión en infraestructura APS presentadas al MIDESO para evaluación técnica en el año “t”
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	>=25%
Meta Año 2	>=50%
Meta Año 3	>=75%
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	Proporcional
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Las iniciativas de inversión consideradas serán las que postulan a revisión técnica etapa diseño. Fuente de datos será el ingreso de las iniciativas al sistema nacional de inversiones (SIN) del MIDESO. El total de iniciativas consideradas año a año será acumulable. Todo avance de las iniciativas de inversión estará sujeto a la disponibilidad presupuestaria.



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 102

D1.1_3 ÍNDICE DE INICIATIVAS DE INVERSIÓN EN SALUD MENTAL CON DISEÑO APROBADO PARA EJECUCIÓN

Descripción general del indicador

El Índice de Iniciativas de Inversión en Salud Mental con Diseño Aprobado para Ejecución permite medir el grado de avance en la gestión de proyectos de infraestructura orientados al fortalecimiento de la Red de Salud Mental. Este indicador refleja la capacidad del Servicio de Salud para conducir las iniciativas priorizadas desde la fase de diseño hasta su aprobación técnica por parte de la Unidad correspondiente, condición necesaria para su ejecución.

ÍNDICE DE INICIATIVAS DE INVERSIÓN EN SALUD MENTAL CON DISEÑO APROBADO PARA EJECUCIÓN		
Subdirección de Recursos Físicos		
Línea Estratégica	Consolidar la planificación, ejecución y seguimiento de las iniciativas de inversión de la red asistencial	
Línea Operativa	Impulsar la gestión de iniciativas de inversión orientadas al fortalecimiento de la infraestructura de la Red de Salud Mental.	
Código BSC	D1.1_3	
Numerador	Número de iniciativas de inversión en infraestructura de salud mental que han finalizado la etapa de diseño y cuentan la aprobación de la Unidad Técnica del Servicio de Salud, permitiendo su paso a ejecución.	
Denominador	Total de iniciativas de inversión en infraestructura de salud mental que se encuentran con RS vigente etapa de diseño, dentro de la cartera priorizada por el Servicio de Salud.	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	>=75%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El indicador mide el grado de avance de las iniciativas de inversión en infraestructura de salud mental que, dentro del período de evaluación, han concluido su etapa de diseño y cuentan con (RS) emitida por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, habilitándolas para iniciar su ejecución.</p> <p>Todo avance de las iniciativas de inversión estará sujeto a la disponibilidad presupuestaria.</p> <p>Las Fuente de Información corresponde a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cartera de inversión del SSM área Salud mental- Ficha IDI MDSF (RS).	



Fichas técnicas de indicadores de gestión: OE°6


A4.1_1 PORCENTAJE DE CAPACITACIONES EN SALUD INTERCULTURAL REALIZADAS PARA EQUIPOS DE SALUD Y REPRESENTANTES DE PUEBLOS INDÍGENAS

Descripción General del Indicador

El “Porcentaje de capacitaciones en salud intercultural realizadas para equipos de salud y representantes de pueblos indígenas respecto de la planificación anual” mide el grado de cumplimiento del programa anual de formación en materias de salud intercultural, Decreto N°21 y patologías prevalentes en pueblos indígenas. Este indicador permite evaluar la ejecución efectiva de las instancias formativas planificadas por el Departamento de Participación Ciudadana e Interculturalidad, orientadas al fortalecimiento de competencias de los equipos de salud, representantes indígenas y organizaciones sociales.

PORCENTAJE DE CAPACITACIONES EN SALUD INTERCULTURAL REALIZADAS PARA EQUIPOS DE SALUD Y REPRESENTANTES DE PUEBLOS INDÍGENAS		
Dpto. Participación Ciudadana e Interculturalidad		
Línea Estratégica	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial	
Línea Operativa	Fortalecer competencias de equipos de salud, organizaciones sociales y pueblos indígenas, promoviendo la participación y el modelo de salud intercultural	
Código BSC	A4.1_1	
Numerador	N° capacitaciones en interculturalidad, Decreto 21 y patologías asociadas a pueblos indígenas realizadas en el año T	
Denominador	N° capacitaciones en interculturalidad, Decreto 21 y patologías asociadas a pueblos indígenas planificadas en el año T	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	No Aplica	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Las capacitaciones han de ser diferenciadas por temáticas, por ejemplo, la interculturalidad dice relación con el programa PESPI y su rediseño, el decreto 21 con los componentes del modelo de salud intercultural y las patologías de pueblos indígenas a la estadística actual y análisis integrado de estas entre la visión biomédica e indígena. Cabe señalar que las metas son progresivas en el tiempo, con el fin de ir aumentando el n° de instancias para el fortalecimiento de la materia en los equipos y representantes.</p> <p>Indicador de índole dicotómico.</p> <p>A Continuación, se informa la planificación anual de capacitaciones: Año 1 – Meta: 3 Capacitaciones, Año 2 – Meta: 4 Capacitaciones y Año 3 – Meta: 5 Capacitaciones</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 104


A4.1_2 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS QUE IMPLEMENTAN ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN Y MEJORA CONTINUA PARA PROMOVER LA SATISFACCIÓN USUARIA Y LA ATENCIÓN HUMANIZADA.

Descripción General del Indicador

El indicador “Porcentaje de establecimientos que implementan estrategias de medición y mejora continua para promover la satisfacción usuaria y la atención humanizada” evalúa el grado de avance de la Red Asistencial en la adopción sistemática de herramientas y prácticas orientadas a fortalecer la experiencia de las personas usuarias en los distintos niveles de atención.

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS QUE IMPLEMENTAN ESTRATEGIAS DE MEDICIÓN Y MEJORA CONTINUA PARA PROMOVER LA SATISFACCIÓN USUARIA Y LA ATENCIÓN HUMANIZADA		
Dpto. Participación Ciudadana e Interculturalidad		
Línea Estratégica	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la interculturalidad en la gestión de la Red asistencial.	
Línea Operativa	Implementar estrategias de medición y mejora continua para promover la satisfacción usuaria y la atención humanizada.	
Código BSC	A4.1_2	
Numerador	N° de establecimientos que implementan estrategias de medición y mejora continua para promover la satisfacción usuaria y la atención humanizada.	
Denominador	N total de establecimientos de la Red Asistencial	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	60%	
Meta Año 2	80%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		No Aplica
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria y elaboración de plan de mejora, de acuerdo a lineamientos entregados por Servicio de Salud o Ministerio de Salud según corresponda.	
	El total de establecimientos corresponde a los 4 Hospitales y 6 CESFAM de la red asistencial.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 105

A4.1_3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DIÁLOGOS Y CONVERSATORIOS CONTENIDOS EN EL PLAN ANUAL DE PARTICIPACIÓN


Descripción general del indicador

El “Porcentaje de cumplimiento de diálogos y conversatorios contenidos en el Plan Anual de Participación” mide el grado de ejecución de las instancias de participación ciudadana planificadas por la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, en el marco de su gestión participativa y de vinculación con la comunidad.

Este indicador permite evaluar el nivel de cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan Anual de Participación, verificando si los diálogos y conversatorios programados fueron efectivamente realizados durante el período. Su seguimiento contribuye a fortalecer la transparencia, la confianza y la corresponsabilidad entre la red asistencial y la ciudadanía, promoviendo espacios de diálogo inclusivos y representativos que favorezcan la mejora continua de la gestión pública en salud.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DIÁLOGOS Y CONVERSATORIOS CONTENIDOS EN EL PLAN ANUAL DE PARTICIPACIÓN	
Departamento Participación Ciudadana e Interculturalidad	
Línea Estratégica	Optimizar la Participación Social, satisfacción usuaria y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial
Línea Operativa	Promover la participación ciudadana en todos sus niveles mediante diálogos y conversatorios.
Código BSC	A4.1_3
Numerador	Número de diálogos y conversatorios ejecutados del Plan Anual de Participación en el año t
Denominador	Número de diálogos y conversatorios programados en el Plan Anual de Participación en el año t
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	100%
Meta Año 2	100%
Meta Año 3	100%
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	No Aplica
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Indicador dicotómico. Deberá presentarse el plan anual de participación de la DSSM incorporando y destacando los diálogos y conversatorios programados El medio de verificación corresponderá a la ficha de actividad.




 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 106

B3.1_1 PORCENTAJE DE TABLEROS DE CONTROL DE GESTIÓN ELABORADOS RESPECTO DEL TOTAL DE INSTRUMENTOS MINISTERIALES O REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES FORMALIZADOS EN EL AÑO T

Descripción general del indicador

El propósito de este indicador es fortalecer la gobernanza institucional mediante la disponibilidad oportuna de información sistematizada, permitiendo el seguimiento de metas, el control de desempeño y la transparencia en la gestión. Un alto porcentaje refleja una capacidad institucional consolidada para traducir los instrumentos de planificación y los requerimientos de gestión en herramientas visuales que faciliten la supervisión, evaluación y mejora continua del desempeño organizacional.

PORCENTAJE DE TABLEROS DE CONTROL DE GESTIÓN ELABORADOS RESPECTO DEL TOTAL DE INSTRUMENTOS MINISTERIALES O REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES FORMALIZADOS EN EL AÑO T		
Departamento de. Planificación y Control de Gestión		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Diseño e implementación de tableros de control estratégicos e indicadores de gestión institucional	
Código BSC	B3.1_1	
Numerador	N° de tableros de control de gestión elaborados y/o actualizados en el año T	
Denominador	N° total de instrumentos de gestión o requerimientos institucionales formalizados en el año T	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	50%	
Meta Año 2	90%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Este indicador refleja la proporción de tableros de control contruidos (en Power BI u otra herramienta oficial) en relación al total de instrumentos de gestión anual y los requerimientos institucionales de la DSSM.</p> <p>Instrumentos de gestión anuales: definidos en el mes de enero de cada año t, corresponden a aquellos que le aplican a la DSSM o que la DSSM deba monitorear en la red asistencial (ej.: Planificación Estratégica, COMGES, Plan de Tratamiento de Riesgos, Metas Sanitarias, etc.).</p> <p>Requerimientos institucionales: tableros solicitados formalmente por la Dirección del Servicio o las Subdirecciones respectivas, que generen un beneficio institucional. Para ser considerado como elaborado, el tablero deberá estar publicado en el Index oficial del Departamento de Planificación y Control de Gestión.</p>	

 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 107


B3.1_2 PORCENTAJE DE INSTANCIAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS EN MATERIAS DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

Descripción general del indicador

El Porcentaje de instancias de fortalecimiento de capacidades técnicas en materias de planificación y control de gestión mide el grado de cumplimiento de las actividades programadas orientadas a desarrollar y consolidar las competencias técnicas de los funcionarios/as de la Dirección del Servicio. Este indicador permite monitorear la ejecución efectiva de acciones formativas como capacitaciones, talleres, jornadas técnicas o cursos destinadas a mejorar las habilidades institucionales en planificación estratégica, formulación de indicadores y análisis de datos.

PORCENTAJE DE INSTANCIAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS EN MATERIAS DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN		
Departamento Planificación y Control de Gestión		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Promover las capacidades técnicas de los funcionarios/as en planificación estratégica, formulación de indicadores y análisis de datos	
Código BSC	B3.1_2	
Numerador	N° de instancias de fortalecimiento de capacidades realizadas y verificadas en el año T	
Denominador	N° de instancias de fortalecimiento de capacidades programadas en el año T en materias de planificación, formulación de indicadores y análisis de datos	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Este indicador refleja la proporción de instancias de fortalecimiento de capacidades técnicas (capacitaciones, talleres, cursos, jornadas técnicas u otras actividades formativas) ejecutadas durante el año respecto de aquellas planificadas en el Plan anual del Dpto. de Planificación y Control de Gestión.</p> <p>Se consideran únicamente las instancias definidas en la planificación anual. Para ser validada como “ejecutada”, la instancia debe contar con acta, programa o registro de participantes.</p>	



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 108


B3.1_3a PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE AUDITORÍAS MINISTERIALES PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA

Descripción general del indicador:

El Porcentaje de cumplimiento de auditorías ministeriales programadas en el Plan Anual de Auditoría mide el grado de ejecución efectiva de las auditorías establecidas por el Ministerio de Salud dentro del período anual. Este indicador permite evaluar el cumplimiento de los compromisos institucionales asociados a la función de auditoría, asegurando la verificación oportuna y sistemática de los procesos y resultados en la red asistencial.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE AUDITORÍAS MINISTERIALES PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA		
Departamento Auditoria		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Mantener los estándares de productividad en la ejecución de auditorías institucionales y ministeriales.	
Código BSC	B3.1_3a	
Numerador	Cantidad de auditorías ministeriales del plan anual efectuadas en el año t	
Denominador	Cantidad de auditorías ministeriales planificadas en plan anual	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Durante el año en que se mide este indicador, pueden producirse eliminaciones o postergaciones de auditorías hacia un período futuro distinto, lo que implica que los valores considerados en el denominador podrían modificarse, lo cual será respaldado con la documentación correspondiente.	



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 109


B3.1_3b PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE AUDITORÍAS INSTITUCIONALES PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA

Descripción general del indicador

El Porcentaje de Cumplimiento de Auditorías Institucionales Programadas en el Plan Anual de Auditoría mide el grado de ejecución de las auditorías planificadas por el Departamento de Auditoría y la Dirección del Servicio durante un período determinado. Este indicador permite evaluar la capacidad de cumplimiento y gestión operativa del plan anual, asegurando que los procesos de fiscalización interna se desarrollen conforme a la programación establecida y en coherencia con las prioridades institucionales.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE AUDITORÍAS INSTITUCIONALES PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA		
Departamento Auditoria		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Mantener los estándares de productividad en la ejecución de auditorías institucionales y ministeriales.	
Código BSC	B3.1_3b	
Numerador	Cantidad de auditorías institucionales del plan anual efectuadas en el año t	
Denominador	Cantidad de auditorías institucionales planificadas en plan anual	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	100%	
Meta Año 2	100%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	Durante el año en que se mide este indicador, pueden producirse eliminaciones o postergaciones de auditorías hacia un período futuro distinto, lo que implica que los valores considerados en el denominador podrían modificarse, lo cual se respaldara con documentación correspondiente.	




 <div> Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 110

B3.1_4 PORCENTAJE DE PROCESOS CRÍTICOS PRIORIZADOS ABORDADOS POR LA INSTITUCIÓN

Descripción general del indicador

El Porcentaje de Procesos Críticos Priorizados Abordados por la Institución permite medir el grado de avance en la implementación del sistema de control interno, a través del cumplimiento de los planes de tratamiento asociados a los riesgos identificados como críticos en la matriz institucional. Este indicador refleja la capacidad de la organización para gestionar de manera proactiva los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos estratégicos, asegurando la adopción de medidas correctivas y preventivas en las etapas definidas de los procesos priorizados.

PORCENTAJE DE PROCESOS CRÍTICOS PRIORIZADOS ABORDADOS POR LA INSTITUCIÓN		
Unidad Control Interno		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Impulsar la política y sistema de control interno institucional	
Código BSC	B3.1_4	
Numerador	Número de etapas de Procesos Críticos Priorizados con cumplimiento de Planes de Tratamientos en el año t	
Denominador	Número total de etapas de Procesos Críticos Priorizados definidos por la Matriz de Riesgo en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	65%	
Meta Año 2	70%	
Meta Año 3	75%	
Línea Base	60%	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>Los valores a considerar en el numerador se obtendrán del proceso de evaluación anual de los Planes de Tratamiento de Riesgos Críticos priorizados correspondiente al año t. Cada etapa que cumpla con la meta anual definida será considerada como cumplida y tributará al numerador del indicador.</p> <p>El denominador se determinará considerando el total de etapas de los procesos críticos priorizados definidos en el Plan de Tratamiento de Riesgos del año t, igualmente aprobado mediante Resolución Exenta.</p> <p>Se evaluarán los Planes de Tratamiento definidos para cada corte.</p>	

	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 111


B3.1_5 PORCENTAJE DE PLANES DE MEJORA IMPLEMENTADOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL INTERNO

Descripción general del indicador:

El indicador “Porcentaje de Planes de Mejora Implementados derivados de Actividades de Control Interno” mide el grado de cumplimiento en la ejecución de los planes de mejora generados a partir de los procesos de control interno institucional. Su propósito es monitorear la capacidad de la organización para dar respuesta efectiva a los hallazgos, observaciones o recomendaciones identificadas durante las auditorías, revisiones o intervenciones, contribuyendo así al fortalecimiento de la gobernanza institucional y a la mitigación de riesgos críticos.

PORCENTAJE DE PLANES DE MEJORA IMPLEMENTADOS DERIVADOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL INTERNO		
Unidad Control Interno		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Implementación de sistema de seguimiento e Intervención de hallazgos o procesos críticos, que representen riesgos institucionales	
Código BSC	B3.1_5	
Numerador	Número de planes de mejora finalizados en el periodo	
Denominador	Número total de planes de mejora comprometidos para el periodo	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	85%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	Se considerarán los planes de mejora de los procesos de intervención definidos en Plan Anual de la Unidad de Control Interno, aprobado mediante Resolución Exenta. Además, se incluirán los planes derivados por solicitudes realizadas desde las Subdirecciones a la Directora del Servicio, y aquellos que emanen desde la actividad de Auditoría y Contraloría General de la República, instruidos por la Dirección.	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 112


B3.1_6 PORCENTAJE DE PUBLICACIONES INSTITUCIONALES CON VALORACIÓN POSITIVA O INFORMATIVA EN MEDIOS Y PLATAFORMAS DE COMUNICACIÓN

Descripción General del Indicador

El Porcentaje de publicaciones institucionales con valoración positiva o informativa en medios y plataformas de comunicación mide el grado en que las acciones comunicacionales del Servicio de Salud Magallanes (SSM) logran proyectar una imagen institucional favorable, transparente y coherente con los objetivos estratégicos de gobernanza.

PORCENTAJE DE PUBLICACIONES INSTITUCIONALES CON VALORACIÓN POSITIVA O INFORMATIVA EN MEDIOS Y PLATAFORMAS DE COMUNICACIÓN		
Departamento Comunicaciones		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Fortalecer la imagen y reputación institucional, promoviendo un mayor conocimiento y reconocimiento del SSM	
Código BSC	B3.1_6	
Numerador	Número de publicaciones positivas realizadas en contexto gestión y/o accionar Servicio de Salud Magallanes en el año t	
Denominador	Número total de publicaciones proyectadas en contexto gestión y/o accionar Servicio de Salud Magallanes	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	No aplica	
Meta Año 2	80%	
Meta Año 3	90%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Se considerarán publicaciones positivas aquellas que destaquen logros, avances, reconocimientos, resultados de gestión, o información relevante para la comunidad que contribuya al posicionamiento institucional. Se incluirán publicaciones difundidas en medios de comunicación regionales (radio, televisión, prensa escrita y digital), así como en canales propios institucionales (web, redes sociales, boletines informativos).</p> <p>El Departamento de Comunicaciones deberá mantener una matriz de publicaciones que permita llevar un registro de estas publicaciones.</p> <p>El Departamento de Comunicaciones para establecer el denominador, deberá elaborar una planificación anual de publicaciones institucionales, en el marco de la programación de acciones comunicacionales del Servicio de Salud Magallanes.</p> <p>Dicha planificación deberá especificar, para cada mes, el número proyectado de publicaciones en medios y plataformas oficiales, vinculadas al contexto de gestión institucional, accionar de la red asistencial y posicionamiento del Servicio.</p> <p>La programación se construirá considerando y en línea con: El Plan de Comunicaciones Institucional anual, alineado con los objetivos estratégicos y las contingencias del sector salud, Indicadores vinculados al proceso de riesgos institucionales y capacidad operativa.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 113

B3.1_7 PORCENTAJE SUMARIOS VALS ENTREGADOS POR FISCALES EN EL PLAZO ESTIPULADO EN EL ESTATUTO ADMINISTRATIVO


Descripción general del indicador

El indicador “Porcentaje de sumarios VALS entregados por fiscales en el plazo estipulado en el Estatuto Administrativo” mide la oportunidad en la tramitación de los procesos disciplinarios asociados a vulneraciones al acoso laboral, sexual o discriminación (VALS), conforme al marco normativo vigente.

Su objetivo es evaluar el grado de cumplimiento de los plazos legales establecidos por la Ley N°19.880 y la Ley N°21.643 (“Ley Karin”), promoviendo la eficiencia, transparencia y cumplimiento normativo en la gestión de los procedimientos disciplinarios dentro del servicio.

PORCENTAJE SUMARIOS VALS ENTREGADOS POR FISCALES EN EL PLAZO ESTIPULADO EN EL ESTATUTO ADMINISTRATIVO		
Departamento Jurídico		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Mejorar la eficiencia y cumplimiento normativo en la gestión de procesos disciplinarios por VALS	
Código BSC	B3.1_7	
Numerador	Número de sumarios VALS tramitados por los fiscales dentro de plazo legal en el año t	
Denominador	Número total de sumarios VALS admisibles en el año t	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	40%	
Meta Año 2	48%	
Meta Año 3	50%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador		Local
Fuente de Información Denominador		Local
Tabla de Sensibilidad		Proporcional
Polaridad		Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>La medición pretendida responde a términos cuantitativos que no necesariamente reflejan una realidad absoluta en relación a la eficiencia en la tramitación de los PD, considerando que los mismos tienen diversas aristas y revisten complejidad dispar, son más bien materia de un examen cualitativo, imposibles de cuantificar.</p> <p>De igual forma resulta complejo establecer metas anuales, ya que lo esperable es que en virtud de las restantes líneas estratégicas que abordan la cultura organizacional, las denuncias por VALS disminuyan de tal forma de no requerirse la instrucción de PD en la materia.</p> <p>El plazo estipulado por Ley para procesos disciplinarios por VALS está determinado por la Ley 19.880. Este plazo según el artículo 27 de la ley señalada, es de máximo 6 meses desde su inicio, salvo que una norma especial establezca un plazo distinto.</p> <p>Ley 21.643, Ley Karin.</p> <p>El resultado del indicador será proporcional.</p>	



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 114


B3.1_8 PORCENTAJE DE JUICIOS EN LOS QUE EL SSM OBRE COMO DEMANDADO, CON RESULTADOS FAVORABLES

Descripción general del indicador:

El indicador “Porcentaje de juicios en los que el Servicio de Salud Magallanes (SSM) obre como demandado, con resultados favorables” permite evaluar la eficacia de la gestión jurídica institucional en la defensa de los intereses del Servicio frente a acciones judiciales. A través de la medición de los resultados obtenidos en los litigios en los que el SSM figura como parte demandada, el indicador refleja el nivel de solidez técnica, coordinación interdepartamental y capacidad de respuesta del equipo jurídico ante controversias legales.

PORCENTAJE DE JUICIOS EN LOS QUE EL SSM OBRE COMO DEMANDADO, CON RESULTADOS FAVORABLES	
Departamento Jurídico	
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional
Línea Operativa	Fortalecer la asesoría y resolución de controversias que incidan en la gobernanza institucional
Código BSC	B3.1_8
Numerador	Número de demandas y acciones ganadas en el año t y t-1
Denominador	Número de demandas y acciones presentadas en contra del SSM en el año t y t-1
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	No aplica
Meta Año 2	> 5%
Meta Año 3	> 5%
Línea Base	Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	Proporcional
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Por las características de las acciones judiciales, existe una obligación de medios en relación a sus resultados, lo que guarda estrecho impacto con los resultados.</p> <p>Aplicaran al cálculo los juicios en que el SSM obre como demandado entre los años t y t-1.</p> <p>La línea base se define con los casos del año t-1 y t-2, y se esperará un incremento del 5% respecto al resultado del año anterior.</p>



 <div>Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud</div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 115


B3.1_9 ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DEL MODELO DE GOBIERNO DE DATOS

Descripción General del Indicador

Este indicador mide el grado de cumplimiento del Plan de Implementación del Modelo de Gobierno de Datos de la Subdirección de Gestión Asistencial. Evalúa el porcentaje de actividades ejecutadas respecto de las comprometidas en cada periodo, reflejando el avance en la automatización, gestión y disponibilidad de información estadística institucional.

ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DEL MODELO DE GOBIERNO DE DATOS		
Subdirección de Gestión Asistencial		
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional	
Línea Operativa	Implementar el modelo de gobierno de datos	
Código BSC	B3.1_9	
Numerador	Nº de actividades realizada en el periodo	
Denominador	Nº total de Actividades comprometidas en el periodo	
Unidad de Medida	Porcentaje	
Meta Año 1	95%	
Meta Año 2	95%	
Meta Año 3	100%	
Línea Base	No Aplica	
Fuente de Información Numerador	Local	
Fuente de Información Denominador	Local	
Tabla de Sensibilidad	Proporcional	
Polaridad	Valores altos son buenos	
Consideraciones técnicas	<p>El Plan de Implementación del Modelo de Gobierno de Datos contempla una cantidad definida de actividades programadas por cada año planificado. Dicho plan será entregado a la Unidad de Apoyo a la Gestión y Planificación Sanitaria de la Subdirección de Gestión Asistencial (SDGA) y a la Subdirector/a de Gestión Asistencial.</p> <p>El cumplimiento del indicador se medirá según el porcentaje de ejecución de las actividades programadas para cada año del plan, conforme al detalle que se indica a continuación:</p> <p><u>Año 1:</u> El plan considera tres secciones, con un total de 13 actividades programadas:</p> <ul style="list-style-type: none">Sección 1: <i>Automatización de la carga de las series REM (A, BS, BM, D, P)</i>, compuesta por 8 actividades.Sección 2: <i>Desarrollo del dashboard de Lista de Espera Semanal</i>, que contempla 4 actividades.Sección 3: <i>Comunicación a los referentes técnicos de la SDGA sobre la disponibilidad de las Bases de Datos validadas (Series REM) en carpeta compartida</i>, con 1 actividad. <p><u>Año 2:</u> Contempla tres secciones y un total de 16 actividades programadas:</p> <ul style="list-style-type: none">Sección 1: <i>Implementación del sistema automatizado de carga de series REM en los establecimientos de la Red Asistencial</i> (9 actividades).Sección 2: <i>Disponibilidad de reportería de información de producción (series REM) para los establecimientos de la Red</i> (3 actividades).Sección 3: <i>Implementación de herramientas de control y análisis estadístico que permitan el seguimiento y monitoreo de la producción estadística de los establecimientos de la Red, para usuarios internos y externos</i> (4 actividades). <p><u>Año 3:</u> El plan considera una sección con un total de 3 actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">Sección 1: <i>Disponibilidad de un portal de datos de producción estadística (series 2019–2026), a través de tableros o dashboards institucionales</i> (3 actividades).	



 <div> <div>Servicio de Salud Magallanes</div> <div>Región de Magallanes</div> <div>Ministerio de Salud</div> </div>	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 116

B3.1_10 COBERTURA DE INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL VIGENTES Y FORMALIZADAS

Descripción general del indicador

Este indicador mide el grado de cumplimiento en la realización de las instancias de coordinación de la Red Asistencial que se encuentran formalmente vigentes y reconocidas mediante Resolución Exenta.

Su propósito es fortalecer la gobernanza institucional del Servicio de Salud Magallanes, asegurando la articulación efectiva entre los distintos niveles de gestión y la consolidación de espacios formales de diálogo, planificación y seguimiento.

COBERTURA DE INSTANCIAS DE COORDINACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL VIGENTES Y FORMALIZADAS	
Unidad de Asesoría de Dirección	
Línea Estratégica	Fortalecer la Gobernanza Institucional
Línea Operativa	Consolidar instancias de coordinación y trabajo en red que fortalezcan el gobierno interno del SSM
Código BSC	B3.1_10
Numerador	Número de instancias de coordinación de la Red Asistencial ejecutadas y respaldadas con actas en el año t
Denominador	Número total de instancias de coordinación de la Red Asistencial programadas en el año t
Unidad de Medida	Porcentaje
Meta Año 1	No aplica.
Meta Año 2	90%
Meta Año 3	100%
Línea Base	No Aplica
Fuente de Información Numerador	Local
Fuente de Información Denominador	Local
Tabla de Sensibilidad	Proporcional
Polaridad	Valores altos son buenos
Consideraciones técnicas	<p>Este indicador busca fortalecer la gobernanza interna y la coordinación interinstitucional, promoviendo instancias de diálogo, planificación y seguimiento con trazabilidad administrativa.</p> <p>Las instancias de coordinación a considerar incluyen, entre otras: Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), Consejos Técnicos Directivos, Comités de Crisis, Comités de Calidad, Comités de Riesgos y otras instancias reconocidas institucionalmente.</p> <p>La Asesoría de Dirección será responsable de consolidar el registro anual de funcionamiento de estas instancias, validando la documentación correspondiente.</p> <p>Se entenderá como instancia de coordinación ejecutada aquella que cuente con registro documental que respalde su funcionamiento (acta de sesión, lista de asistencia y acuerdos adoptados).</p> <p>Se considerarán instancias de coordinación vigentes aquellas formalmente reconocidas mediante Resolución Exenta emitida por la Dirección del Servicio de Salud Magallanes.</p>

GLOSARIO DE TERMINOS RELEVANTES

Misión:

“Expresa el propósito fundamental y razón de ser de la organización, definiendo qué hace, para quién lo hace y con qué fin. Representa el compromiso institucional con la sociedad y orienta la gestión diaria hacia el cumplimiento de sus funciones esenciales”.
Kaplan & Norton (2001).

Visión:

“Proyecta la situación futura deseada de la institución, reflejando su aspiración estratégica a mediano o largo plazo. Constituye la guía que inspira las decisiones, la innovación y la orientación de los esfuerzos colectivos”.
Drucker, P. (1999).

Valores:

“Son los principios éticos y culturales que orientan la conducta, las decisiones y las relaciones dentro de la organización. Representan la base del comportamiento organizacional y consolidan la identidad institucional”.
Robbins, S. & Judge, T. (2019).

Objetivos Estratégicos:

“Los Objetivos Estratégicos definen los resultados prioritarios que la institución busca alcanzar en un horizonte temporal determinado. Constituyen la traducción operativa de la misión y la visión, orientando los esfuerzos hacia resultados concretos y medibles”.
Kaplan & Norton (1996); Ley N°19.882 sobre Alta Dirección Pública.

Líneas Estratégicas:

“Corresponden a los ámbitos de acción prioritarios en los que se agrupan los objetivos y acciones institucionales. Permiten organizar la gestión de manera coherente con los ejes de desarrollo definidos en la planificación”.
MINSAL, Guía Metodológica de Planificación Estratégica Institucional, 2018.

Líneas Operativas:

“Las Líneas Operativas representan el nivel de ejecución más específico de la planificación, donde se despliegan programas, proyectos e iniciativas concretas que dan soporte al cumplimiento de cada línea estratégica”.
MINSAL, Orientaciones para la Gestión Estratégica en Red, 2019.


Indicador de desempeño:

“Es una medida cuantitativa o cualitativa que permite evaluar el grado de avance o cumplimiento de un objetivo o resultado esperado. Facilita la toma de decisiones y el monitoreo continuo de la gestión institucional”.
OECD (2008)

Balance Score Card:

“Es una metodología de gestión que permite vincular la estrategia con la ejecución, midiendo el desempeño organizacional a través de indicadores clave que reflejan la creación de valor y la mejora continua”.
Kaplan, R. & Norton, D. (2004)



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 118

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

Gobierno de Chile. (2022). *Programa de Gobierno del Presidente Gabriel Boric Font*.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*. Harvard Business School Press.

Ley N° 19.882. (2003). *Modifica el Estatuto Administrativo y crea un nuevo sistema de Alta Dirección Pública*. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2022). *Estrategia Nacional de Salud 2022–2030*. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2024). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2024). *Orientaciones Técnicas: Compromisos de Gestión*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2025). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2025). *Orientaciones Técnicas: Compromisos de Gestión*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile.


Ministerio de Salud (MINSAL). (s.f.). *Objetivos Estratégicos A1. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2022–2025*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2008). *Performance Measurement and Management in Public Sector Organizations*. OECD Publishing.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational Behavior* (18th ed.). Pearson Education.

Servicio de Salud Magallanes. (2023). *Diseño de la Red del Servicio de Salud Magallanes 2023–2025*. Dirección del Servicio de Salud Magallanes, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.



	Servicio de Salud Magallanes	Versión	N°1
		Fecha elaboración	Octubre 2025
	Planificación Estratégica 2024-2027 Dirección Servicio De Salud Magallanes	Próxima Revisión	Octubre 2027
		Número de Páginas	Página 119



BSC Planificación Estratégica Dirección de SSM 2024-2027

Este documento fue elaborado por el Departamento de Planificación y Control de Gestión del Servicio de Salud Magallanes, con la colaboración activa del equipo directivo y la participación de un número significativo de funcionarios y funcionarias. Dichos aportes se materializaron en diversas instancias presenciales y no presenciales de trabajo colaborativo, las cuales permitieron construir de manera participativa este instrumento de gestión estratégica, reflejando el compromiso institucional con la planificación, la mejora continua y la gestión en red.

Contacto:
Alejandro Ignacio Campos Robledano / Jefe Departamento de Planificación y Control de Gestión, SSM
Alejandro.campos.r@redsalud.gob.cl

