



# Compromisos de Gestión

**1° Trimestre 2022**

**Enero – Marzo**



**DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS**

## DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

### Contactos Departamento Control de Gestión

Nombre	Cargo	E-mail
Sebastián Gallardo Alvarado	Jefe Departamento Control de Gestión	sebastian.gallardo@saludohiggins.cl
Jaime Peña Vásquez	Asesor Depto. Control de Gestión	jaime.peña@saludohiggins.cl
Paulina Valdivia Fuenzalida	Oficial Administrativo	paulina.valdivia@saludohiggins.cl
Elilia Soto Pérez	Asesor	elilia.soto@saludohiggins.cl
Hernán Durán Díaz	Asesor	hernan.duran@saludohiggins.cl
Luis Mella Castro	Asesor	luis.mella@saludohiggins.cl

## ÍNDICE

### Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES GENERALES.....	5
EVALUACIÓN 1° CORTE COMGES AÑO 2022.....	8
DETALLE DE LA EVALUACIÓN POR ACCIÓN .....	9

## INTRODUCCIÓN

Los compromisos de Gestión, son una herramienta de Control de Gestión, que permite evaluar el desempeño de cada Servicio de Salud y su Red Asistencial en 4 ámbitos:

- I. *Modelo asistencial*
- II. *Gobernanza y estrategia*
- III. *Organización y Gestión*
- IV. *Asignación de recursos e incentivos*

Los compromisos de gestión son 25, evaluados trimestralmente en cuatro cortes al año.

El presente informe da cuenta del resultado del I corte, correspondiente a los meses Enero a Marzo 2022 , que constituye un instrumento de retroalimentación, proporcionando la información necesaria, para establecer una coordinación efectiva al interior de la organización y que cada Subdirección y Jefes de Departamento realicen planes de acción con sus equipos de trabajo, que permitan encaminar a la consecución de los objetivos organizacionales, el cumplimiento de los indicadores y la mejora continua en la gestión institucional.

## ANTECEDENTES GENERALES

Los compromisos de gestión forman parte de un conjunto amplio de instrumentos de evaluación que se aplica en el sector salud, cuyo objetivo es evaluar los distintos procesos en las líneas estratégicas priorizadas para los Servicios de Salud en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Al igual que otras herramientas de control su sustento legal lo encontramos en el DFL 1, el cual autoriza al Ministerio de Salud para implementar instrumentos y/o estrategias para mejorar la gestión de los Servicios de Salud y en la Ley N° 19.882, la cual Regula Nueva Política de Personal a los Funcionarios Públicos, establece la suscripción de un Convenio de Desempeño, tanto para los Directivos de I y II Nivel Jerárquico, cuyo contenido deberá reflejar las prioridades fijadas por la autoridad respectiva (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y el aporte clave que ésta hará a la institución, para conducirla a un estado de mayor calidad, eficacia y eficiencia.

Los indicadores monitoreados se gestionan a través de los referentes del Servicio de Salud pertenecientes a las distintas Subdirecciones, Departamentos y Unidades que lo componen, designados por las jefaturas respectivas. A continuación se detallan los referentes designados por cada indicador.

Nombre del Indicador	Nombre Referente DSSO	Área
1.1 Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud	Héctor Fernando Muñoz Arancibia	DAP
1.2 Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario	María Renata Espinosa Monsalve	SDM
1.2 Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.	María José Ossandon Orellana	SDM
1.3 Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario	Leslie Olivares Ibáñez	SDM
1.4 Porcentaje de contra-referencias realizadas al alta de consulta de especialidad	Leslie Olivares Ibáñez	SDM
2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento de Atención Primaria de Salud dependiente de Servicio de Salud	Pablo Andrés Romero Acuña	DAP
2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria	David Alfonso Aravena Cofre	SDM
2.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas, realizados por profesionales Cirujanos Dentistas en la Red	María José Ossandón Orellana	SDM
3.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático en el periodo	Cecilia Alejandra Aravena	DAP
3.2 Porcentaje de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad	María José Ossandón Orellana	SDM
3.3 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria en el periodo	David Alfonso Aravena Cofre	SDM
3.4 Porcentaje de inasistencias o consultas "No Se Presenta" (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria	David Alfonso Aravena Cofre	SDM
4.1 Porcentaje de casos disminuidos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Clímatario), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2020	Claudio Elías Corvalán Plaza	DAP
4.2 Porcentaje de casos disminuidos de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino nivel de especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud	Paulina de los Ángeles Aros Garay	SDM
5.1 Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2021	Claudio Elías Corvalán Plaza	DAP
5.2 Porcentaje de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, según meta definida para cada Servicio de Salud	Shannon Alexandra Figueroa Briones	SDM

6.1 Porcentaje de utilización del Programa de Reforzamiento Odontológico de Atención Primaria de Salud (PRAPS) en la atención de casos de Lista de Espera de las Especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral (a través de Prótesis Removible), Endodoncia y Periodoncia	Carlos Manuel Guzmán Millán	DAP
6.2 Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial	María José Ossandón Orellana	SDM
6.3 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo	Carlos Manuel Guzmán Millán	DAP
6.4 Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo	María José Ossandón Orellana	SDM
7.1 Porcentaje de cumplimiento de garantías GES, resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas y metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo	Libni Eunice Acevedo Moyano	SDM
7.2 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo	Libni Eunice Acevedo Moyano	SDM
7.3 Porcentaje de cierre de brechas de cobertura semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud	Claudio Elías Corvalán Plaza	DAP
8.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la elaboración del Diseño de la Red Asistencial programadas en el periodo	Elisa Roxana Hernández Morelle	SDM
9.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso establecidas en el plan para el fortalecimiento de la estrategia de gestión terapéutica en contexto de pandemia	Francisca Márquez Bustos	DAP
9.2 Porcentaje de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS	Francisca Márquez Bustos	DAP
10.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo	Elizabeth Margarita González Quinteros	DAP
10.2 Porcentaje de establecimientos que programan actividades para la atención integral de personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo	Elizabeth Margarita González Quinteros	DAP
10.3 Porcentaje de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo	Elizabeth Margarita González Quinteros	DAP
10.4 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo	Elizabeth Margarita González Quinteros	DAP
11.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT, desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
11.2 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
11.3 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
12.1 Índice Funcional	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
12.2 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
12.3 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
13.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores	Gloria Elizabeth Herbias Gutiérrez	SDM
13.2 Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada	Gloria Elizabeth Herbias Gutiérrez	SDM
13.3 Porcentaje de horas de ocupación de quirófanos de cirugía electiva	Gloria Elizabeth Herbias Gutiérrez	SDM
14.1 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año	Ximena Virginia Duarte Aranda	SDM
15.1 Porcentaje de cumplimiento de test visual/rápido programados por establecimientos de atención primaria en el periodo	Catherine Ivonne Leiva Borges	DAP
15.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo	Catherine Ivonne Leiva Borges	DAP
15.3 Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo	Catherine Ivonne Leiva Borges	DAP
16.1 Porcentaje de acciones implementadas del plan de mejora de la satisfacción usuaria en los ámbitos de acogida, trato e información a usuarios/as en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera, en los establecimientos Hospitalarios y de Atención Primaria de Salud	Jocelyn Haydee Pino Becker	Satisfacción Usuaria

16.2 Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que elaboran/actualizan, difunden e implementan un protocolo de atención a usuarios en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	Jocelyn Haydee Pino Becker	Satisfacción Usuaría
17.1 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2022, en el periodo	Félix Braulio Arévalo Reyes	Participación Ciudadana
18.1 Porcentaje de acciones ejecutadas, medidas y evaluadas del Plan Comunicacional Institucional en el periodo	Sebastián Andrés Sepúlveda Zumaeta	Comunicaciones
19.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo	Jessica Aniset Silva Vega	SDM
19.2 Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas	Marcela Angélica Gómez Lobos	SDM
20.1 Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados y/o acreditados	Johanna Patricia Parra Cornejo	SDM
20.2 Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial que se encuentran en condiciones de ser acreditados o reacreditados	Francisca Alejandra Contreras Pérez	SDM
20.3 Porcentaje de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico- asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS	Fabiola Angélica Muñoz Duhart	SDM
20.4 Porcentaje de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia de Atención Primaria (SAPU, SAR y SUR), con capacitación vigente en precauciones estándares	Johanna Patricia Parra Cornejo	SDM
21.1 Índice de Ausentismo Laboral	Valentina Karla Henríquez Ramírez	SDGDP
21.2 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo del Servicio de Salud	Valentina Karla Henríquez Ramírez	SDGDP
22.1 Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a Hospital Digital para ser informadas en el periodo	Claudio Elías Corvalán	DAP
22.2 Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral en el periodo	Karina Edith Villaseca Rojas	SDM
22.3 Porcentaje de avance SIDRA en implementación de Registro Clínico Electrónico en los procesos priorizados en el periodo (Agenda, Referencia/Contra-Referencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado, Tabla Quirúrgica e Intervención Quirúrgica)	Mario Miguel Musre Villalobos	SDRRFF
22.4 Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS	Mario Miguel Musre Villalobos	SDRRFF
23.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones de fortalecimiento de los sistemas de información en el ámbito de gestión y desarrollo de las personas en el periodo	Yariza Eliana Herrera Díaz	SDGDP
24.1 Porcentaje de presupuesto devengado en los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado	Catherine Andrea Lepe Valenzuela	SDRRFF
25.1 Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST	Marcela Angélica Gómez Lobos	SDM
25.2 Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST	Marcela Angélica Gómez Lobos	SDM

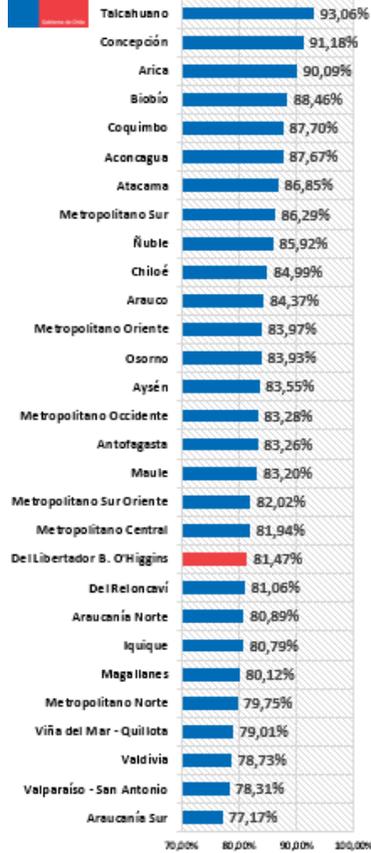
## EVALUACIÓN 1° CORTE COMGES AÑO 2022

Los porcentajes obtenidos en cada uno de los 25 Compromisos de Gestión, se evalúan en un intervalo de 0% a 4 %.

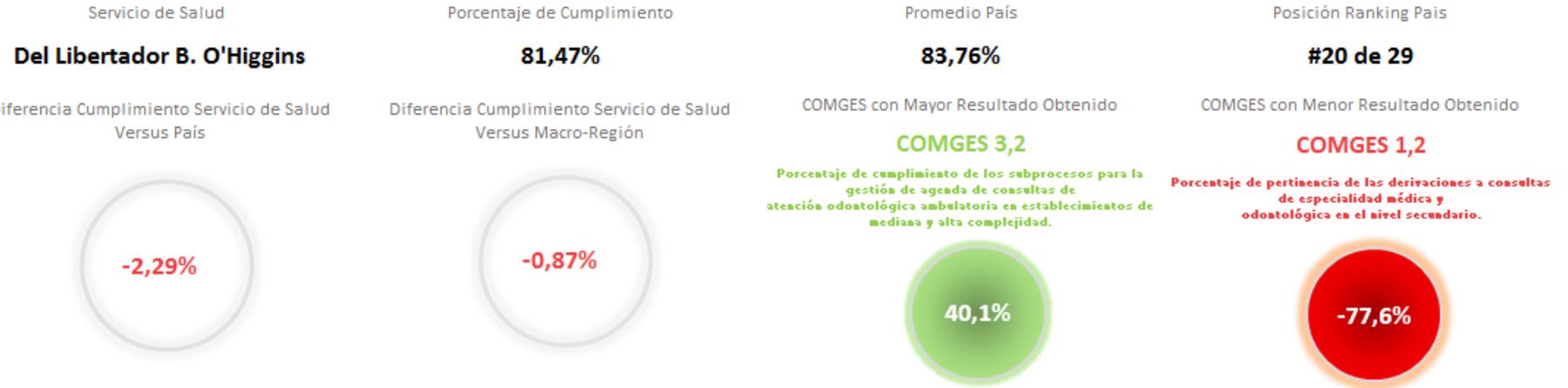
La evaluación preliminar del 1er Corte 2022, fue de un 71.57%. Posterior al proceso de apelación se logró un **81.47%** de cumplimiento.



### Ranking País, I Corte 2022



### Resultados Generales Compromisos de Gestión 2022 Evaluación Final I Corte



### Tendencia Porcentaje de Cumplimiento y Ranking Últimas 4 Evaluaciones



### Cumplimiento por Ámbito de las RISS



**SUBDIRECCIÓN MÉDICA**  
**DETALLE DE LA EVALUACIÓN – POR ACCIÓN**

N° Indicador	Tarea Indicador	Área	Resultado Indicador	Porcentaje de Cumplimiento Ponderado del Indicador Final
1,2	Reducción del 20,0% de la brecha de la meta de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas.	SDM	0,0%	0,0%
1,3	Reducción $\geq$ 10,0% de la brecha de la meta de altas médicas de especialidad.	SDM	25,0%	0,3%
1,4	Aumentar 1,0 punto porcentual de la brecha observada en su línea base.	SDM	25,0%	0,3%
2,2	Cumplimiento del 95,0% de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	SDM	50,0%	0,7%
2,3	Cumplimiento mayor o igual a 95,0% de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas realizadas por profesional Cirujano Dentista programados en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad en el período enero - marzo 2022.	SDM	0,0%	0,0%
3,2	Reflejar en la agenda vigente del período enero- marzo 2022, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.	SDM	100,0%	0,5%
3,2	Disminuir al menos un 25,0% de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2021.	SDM	100,0%	0,5%

3,3	Reducción del 10,0% de la brecha de la meta de consultas nuevas de especialidades médicas.	SDM	0,0%	0,0%
3,4	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un 14,0%.	SDM	25,0%	0,3%
4,2	Resolución del 15,0% de su universo total según la meta definida para SS.	SDM	100,0%	1,2%
4,2	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	SDM	0,0%	0,0%
4,2	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para SS.	SDM	0,0%	0,0%
4,2	Resolución del 15,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.	SDM	100,0%	0,3%
5,2	Resolución del 15,0% de su universo total según la meta definida para SS.	SDM	50,0%	0,6%
5,2	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	SDM	0,0%	0,0%
5,2	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para SS.	SDM	100,0%	0,3%

5,2	Resolución del 15,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.	SDM	25,0%	0,1%
6,2	Resolución del 15,0% de su universo total según la meta definida para SS (excluye ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial).	SDM	75,0%	0,4%
6,2	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial).	SDM	0,0%	0,0%
6,2	Resolución del 15,0% de su universo total según la meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial	SDM	50,0%	0,2%
6,2	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial.	SDM	0,0%	0,0%
6,2	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para el Servicio de Salud.	SDM	0,0%	0,0%
6,2	Resolución del 15,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.	SDM	50,0%	0,1%
6,4	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.	SDM	50,0%	0,5%
7,1	Protocolo de gestión de garantías oncológicas exceptuadas transitorias sin prestación otorgada que incluya monitoreo quincenal, flujograma y responsables del proceso.	SDM	100,0%	0,8%

7,1	Identificar Universo de pacientes en LEIQ de las prestaciones de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054).	SDM	100,0%	0,4%
7,1	Identificar del Universo de pacientes oncológicos en registro LEIQ con los criterios definidos en OOTT.	SDM	100,0%	0,8%
7,2	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.	SDM	100,0%	0,6%
7,2	Desarrollar 1 reunión de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud en el trimestre.	SDM	100,0%	0,4%
8,1	Cada Servicio de Salud, deberá recoger, analizar y entregar al equipo responsable MINSAL un informe con el análisis descriptivo sobre la identificación de la oferta, establecida en las Orientaciones Técnicas para el proceso de Diseño de la Red Asistencial	SDM	100,0%	4,0%
11,1	Mantener el equipo de trabajo e incluir a organismos de toda la red de urgencia en la ejecución del protocolo de derivación desde los SU hacia la red de APS.	SDM	100,0%	0,3%
11,1	Establecer calendario de reuniones y supervisiones anual, en base a realidad local.	SDM	100,0%	0,3%
11,1	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones.	SDM	100,0%	0,7%
11,2	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.	SDM	75,0%	1,0%

11,3	Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica	SDM	100,0%	1,3%
12,1	Índice Funcional.	SDM	1	1,5%
12,2	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	SDM	100,0%	1,5%
12,3	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.	SDM	1	1,0%
13,1	Alcanzar un 55,0% de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.	SDM	100,0%	1,2%
13,2	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un 8,0%.	SDM	100,0%	1,2%
13,3	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a 70,0% de ocupación de los quirófanos electivos al corte.	SDM	75,0%	1,2%
14,1	Envío de informe en formato MINSAL.	SDM	100,0%	4,0%
19,1	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo Excel según Anexo N°1, que informe el arsenal farmacológico vigente al 31 de marzo 2022, de la Red de Atención Primaria (APS) de la jurisdicción del Servicio Salud Respectivo.	SDM	100,0%	0,7%

19,1	Envío de Manual(es) de Procedimiento para la baja y destrucción de Productos Farmacéuticos, que incluya el ámbito sanitario, administrativo y financiero-contable, de la Red de Establecimientos de Alta, Mediana, Baja Complejidad, incluida Dirección de Servicio.	SDM	100,0%	0,7%
19,1	Envío de Manual(es) de Procedimiento de inventario Valorizado de Medicamentos de la Red de Establecimientos de Alta, Mediana, Baja Complejidad, incluida Dirección de Servicio.	SDM	100,0%	0,6%
20,2	100,0% de los establecimientos de atención cerrada de la red cuentan con autoevaluación y plan de corrección.	SDM	100,0%	1,0%
22,2	Ejecutar al menos el 20,0% de la meta anual de las consultas por telemedicina de la célula de Dermatología, para ser resueltas por Hospital Digital y/o a través de la plataforma de Telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo enero – marzo del año 2022, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	SDM	100,0%	0,2%
22,2	Ejecutar al menos el 20,0% de la meta anual de las consultas por telemedicina de la célula de Diabetes, para ser resueltas por Hospital Digital y/o a través de la plataforma de Telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo enero – marzo del año 2022, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	SDM	50,0%	0,1%
22,2	Ejecutar al menos el 20,0% de la meta anual de las consultas por telemedicina de la célula de Geriátrica, para ser resueltas por Hospital Digital y/o a través de la plataforma de Telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo enero – marzo del año 2022, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	SDM	0,0%	0,0%
22,2	Ejecutar al menos el 20,0% de la meta anual de las consultas por telemedicina de la célula de Nefrología, para ser resueltas por Hospital Digital y/o a través de la plataforma de Telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo enero – marzo del año 2022, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	SDM	0,0%	0,0%
25,1	Cumplimiento mayor o igual a un 80,0% en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	SDM	100,0%	2,0%

25,2	Cumplimiento mayor o igual a un 80,0% del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST.	SDM	100,0%	2,0%
------	--	-----	--------	------

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DETALLE DE LA EVALUACIÓN – POR ACCIÓN**

N° Indicador	Tarea Indicador	Área	Resultado Indicador	Porcentaje de Cumplimiento Ponderado del Indicador Final
1,1	Mantenimiento >=90,0% de pertinencia.	DAP	100,0%	1,0%
2,1	Programación de 54 trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.	DAP	0,89	0,9%
2,1	Difusión de trazadoras a la Red de APS.	DAP	100,0%	0,3%
3,1	Contar con Plan de gestión de demanda actualizado 2022 en APS por cada comuna y establecimientos APS dependientes de Servicios de Salud.	DAP	1	0,7%
3,1	Cumplimiento de 50,0% de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención (o mantener línea base si es superior).	DAP	100,0%	0,1%
3,1	Cumplimiento de 75,0% de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).	DAP	50,0%	0,0%
3,1	Contar con Planilla “definición de actividades posibles de agendar” desde planilla de programación operativa APS.	DAP	0,7	0,1%

4,1	Resolución del 10,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.	DAP	100,0%	0,5%
4,1	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 31 de diciembre de 2018.	DAP	0,0%	0,0%
5,1	Resolución del 10,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.	DAP	100,0%	0,5%
5,1	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2019.	DAP	0,0%	0,0%
6,1	Levantamiento de la oferta de los Programas de Reforzamiento Odontológicos en la Atención Primaria de Salud.	DAP	100,0%	0,5%
6,3	Realizar una Jornada Virtual de coordinación de la Red Asistencial Odontológica en cada Servicio de Salud, con presentaciones de los referentes odontológicos de nivel primario y secundario.	DAP	100,0%	0,3%
6,3	Adaptación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Nacionales en las especialidades de Rehabilitación Oral-Prótesis Fija y de Implantología buco maxilofacial.	DAP	100,0%	0,3%
9,1	Plan de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	DAP	100,0%	2,0%
9,2	8,0% de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	DAP	100,0%	2,0%

10,1	Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	DAP	100,0%	1,0%
10,2	Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	DAP	100,0%	1,0%
10,4	Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	DAP	100,0%	1,0%
15,1	Elaborar una nómina de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido de VIH disponible a la población y establecer una programación de número de test visual/rápido de VIH a realizar durante el año 2022.	DAP	100,0%	1,0%
15,2	Alcanzar al menos un 95,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 31 de marzo del año 2022.	DAP	100,0%	1,0%
15,2	Alcanzar al menos un 90,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 31 de marzo del año 2022.	DAP	100,0%	1,0%
15,3	Rescatar al menos el 10,0% de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral (TAR) en el periodo.	DAP	100,0%	1,0%
22,1	Solicitar al menos el 10,0% de tele-informes comprometidos por cada Servicio de Salud, según la oferta disponible de mamógrafos fijos, en el período de enero-marzo del año 2022.	DAP	100,0%	0,7%
22,1	Solicitar al menos el 10,0% de la planificación anual de solicitud de tele-informes de mamografía en el periodo enero- marzo del año 2022, según la planificación realizada por cada Servicio de Salud de los mamógrafos móviles.	DAP	100,0%	0,3%

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS  
DETALLE DE LA EVALUACIÓN – POR ACCIÓN**

**NO APLICA EVALUACION I CORTE.**

**SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
DETALLE DE LA EVALUACIÓN – POR ACCIÓN**

N° Indicador	Tarea Indicador	Área	Resultado Indicador	Porcentaje de Cumplimiento Ponderado del Indicador Final
22,4	Alcanzar el 99,0% de concordancia entre las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico en los procesos comprometidos en la estrategia SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	SDRRFF	0,0%	0,0%
24,1	Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	SDRRFF	100,0%	4,0%

**DEPARTAMENTO DE RELACIONES INSTITUCIONALES**  
**DETALLE DE LA EVALUACIÓN – POR ACCIÓN**

N° Indicador	Tarea Indicador	Área	Resultado Indicador	Porcentaje de Cumplimiento Ponderado del Indicador Final
16,1	Cumplimiento del 25,0% de las actividades comprometidas del Plan de Mejora de la Satisfacción Usuaría, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	Relaciones Institucionales	100,0%	2,0%
17,1	Elaboración de Diagnóstico territorial de Participación Ciudadana, el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal, enviadas previo a la evaluación del corte.	Relaciones Institucionales	100,0%	0,8%
17,1	Contenido del Diagnóstico territorial de Participación Ciudadana, el cual debe presentar todos los aspectos considerados en la evaluación establecida en la Guía Metodológica.	Relaciones Institucionales	100,0%	0,8%
17,1	Planteamiento de los objetivos del Plan Anual de Participación, los cuales deben estar en concordancia con el diagnóstico territorial realizado.	Relaciones Institucionales	1	0,8%
17,1	Planificación de actividades.	Relaciones Institucionales	100,0%	1,6%
18,1	Diseño de Plan Comunicacional en un trabajo colaborativo entre encargadas/os de Participación y Comunicaciones de los SS.	Relaciones Institucionales	1	4,0%



**COMPROMISOS DE GESTIÓN EVALUACIÓN FINAL**  
**SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS**  
PRIMER CORTE AÑO 2022