



# Compromisos de Gestión

**2° Trimestre 2022**

**Abril – Junio**



**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	Referente Compromisos de Gestión	jaime.peña@saludohiggins.cl
Elilia Soto Pérez	Asesor	elilia.soto@saludohiggins.cl
Luis Mella Castro	Asesor	luis.mella@saludohiggins.cl
Paulina Valdivia Fuenzalida	Oficial Administrativo	paulina.valdivia@saludohiggins.cl

## ÍNDICE

### Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
EVALUACIÓN 2° CORTE COMGES AÑO 2022.....	5
DETALLE DE LA EVALUACIÓN POR ACCIÓN .....	6
ANTECEDENTES GENERALES .....	14

## 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*

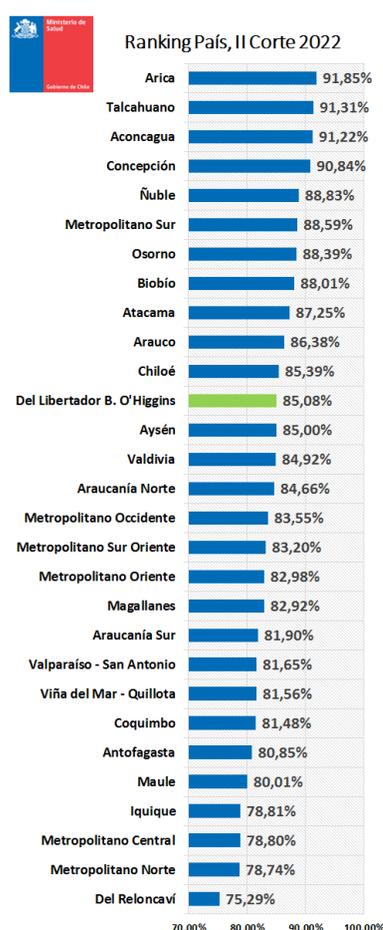
Los compromisos de gestión son 25, evaluados trimestralmente en cuatro cortes al año.

El presente informe da cuenta del resultado del II corte, correspondiente a los meses Abril a Junio 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.

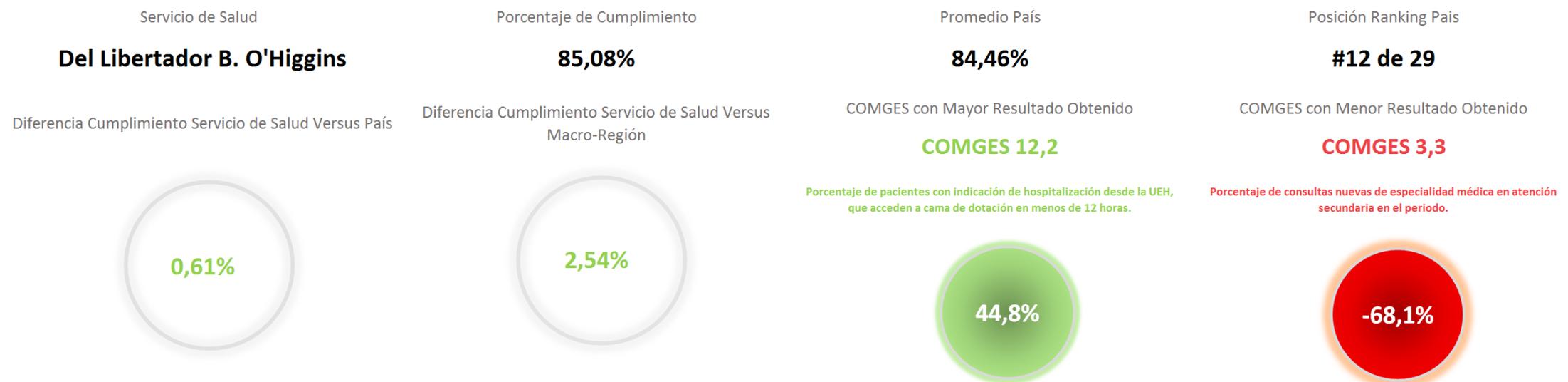
## EVALUACIÓN 2° CORTE COMGES AÑO 2022

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 2do Corte 2022, fue de un 75,41%. Posterior al proceso de apelación se logró un **85,08%** de cumplimiento.



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



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



### Cumplimiento por Ámbito de las RISS



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

Compromisos de Gestión II Corte año 2022						
CG N°	N° Indicador	Nombre del Indicador	N° Acción	Nombre Acción	Observación MINSAL	Resultado
<b>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b>						<b>88,0%</b>
1	1,1	% de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en APS	2.1	Mantención >=90,0% de pertinencia.		100,0%
2	2,1	% de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de SS	3	Cumplimiento mayor o igual al 95,0% de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos a junio 50%).		100,0%
			4	Actualización planilla estandarizada de 54 trazadoras (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de SS	Se acepta apelación	100,0%
			5	Plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de SS para mejorar cumplimiento (incluye acciones por cada actividad de bajo cumplimiento).	Se acepta apelación. No envía MV para todas las comunas. Se suman las enviadas	<b>29,7%</b>
3	3,1	% de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de APS y coordinación agenda-proceso programático en el periodo.	5	Cumplimiento de 75,0% 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).		100,0%
			6	Cumplimiento de 80,0% de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).		100,0%
			7	Cumplimiento de coordinación agenda-proceso programático en un CESFAM por comuna aplicado a un estamento.	No se acoge apelación	<b>50,0%</b>
4	4,1	% de casos disminuidos de la lista de espera de C.N.E médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2020.	3	Resolución del 25,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.		100,0%
			4	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 31 de diciembre de 2019.		<b>0,0%</b>
5	5,1	% 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.	3	Resolución del 10,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.		100,0%
			4	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2019.		<b>25,0%</b>
6	6,1	% Utilización del Prog. de Reforzamiento Odontológico de APS (PRAPS) en la atención de casos de L.E de las Espec. Odon. de Rehab. Oral (Prótesis Removible), Endodoncia y Periodoncia.	2	Utilización de al menos un 5,0% del Programa de Reforzamiento Odontológico de la APS ejecutado, para egresar casos de la L.E de Especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral (a través de Prótesis Removible), Endodoncia y Periodoncia.		100,0%
6	6,3	% de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo.	3	Realizar diagnóstico de la situación actual en las especialidades de Rehabilitación Oral-Prótesis Fija y de Implantología buco maxilofacial.		100,0%

			4	Diseñar un plan de implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Nacionales en las especialidades de Rehabilitación Oral-Prótesis Fija y de Implantología buco maxilofacial.		100,0%
7	7,3	% de cierre de brechas de cobertura, semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud.	2	Alcanzar un 15,0% de cumplimiento, de acuerdo con los recursos asignados, de la meta comprometida de mamografías a realizar en mujeres de 50 a 69 años en el Programa de Imágenes Diagnósticas.		100,0%
9	9,1	Plan de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	2	Informe estado de avance implementación del Plan para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.		100,0%
9	9,2	% de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS.	2	33,0% de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	El SS informa 163 de las 552 Consultorías programadas para el año. SS realiza apelación, sin embargo los registros enviados no están incorporados dentro de la estadística oficial del SS. De esta manera, no es posible validar los datos enviados, no acogiendo la apelación.	75,0%
10	10,2	% de establecimientos que programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más	2	Informe Técnico del II Corte entregado para evaluación a la DIVAP	Reporte adecuado	100,0%
10	10,3	% de personas con 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo.	1	100,0% de las personas de 65 años y más ingresadas al Cuidado Integral cuentan con plan de cuidado integral consensuado a la fecha de corte.	Cumplimiento adecuado	97,6%
10	10,4	% de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.	2	Informe Técnico del II Corte entregado para evaluación a la DIVAP		100,0%
10	10,4	% de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.	3	Alcanzar un 40,0% de los Cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas que cuenten con evaluación de sobrecarga.		100,0%
15	15,1	% de cumplimiento de test visual/rápido programados por establecimientos de atención primaria en el periodo.	2	Alcanzar un 30,0% de cumplimiento del total de test visual /rápido VIH programados por los establecimientos de APS del SS al 30 de junio del año 2022.		100,0%
15	15,2	%e de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.	3	Alcanzar al menos un 95,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al SS que se encuentren en terapia antirretroviral al 30 de junio del año 2022.		100,0%
			4	Alcanzar al menos un 90,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al SS que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 30 de junio del año 2022.		100,0%
15	15,3	% de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate	2	Rescatar al menos el 20,0% de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.		100,0%
22	22,1	% de solicitud de mamografías derivadas a Hospital Digital para ser informadas en el periodo.	3	Solicitar al menos el 40,0% de tele-informes comprometidos por cada SS, según La oferta disponible de mamógrafos fijos, en el período de enero-junio del año 2022.		100,0%
			4	Solicitar al menos el 40,0% de la planificación anual de solicitud de tele-informes de mamografía en el periodo enero- junio del año 2022, según la planificación realizada por cada SS de los mamógrafos móviles.		100,0%

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

Compromisos de Gestión II Corte año 2022						
CG N°	N° Indicador	Nombre del Indicador	N° Acción	Nombre Acción	Observación MINSAL	Resultado
<b>SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL</b>						<b>75,0%</b>
1	1,2	% de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.	2	El SS debe reportar el número de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde establecimientos de atención secundaria (CAE/CDT/CRS/hospitalización) recibidas por médico especialista en box y calificadas como pertinentes.		100,0%
			3.2	Reducción del 40,0% de la brecha de la meta de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas.		<b>25,0%</b>
1	1,3	% de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.	2.2	Reducción $\geq$ 40,0% de la brecha de la meta de altas médicas de especialidad.	Adjuntan plan de trabajo el cual se observa un trabajo importante con las redes, felicitaciones.	<b>25,0%</b>
1	1,4	% de contrarreferencias realizadas al alta de consulta de especialidad.	2.2	Aumentar 4,0 punto porcentual de la brecha observada en su línea base.	Envía listado rutificado y un completo plan de trabajo, felicitaciones por el análisis y aristas abordadas.	<b>25,0%</b>
2	2,2	% de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria.	2	Cumplimiento del 95,0% de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.		<b>50,0%</b>
2	2,3	program. de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Espec. Odontológicas, realizados por prof. Cirujanos Dentistas en la Red.	2	Cumplimiento mayor o igual a 95,0% de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Espec. Odonto. realizadas por prof. Cirujano Dentista programados en los estab. de baja, mediana y alta complejidad Ene-Jun 2022.		<b>50,0%</b>
3	3,2	% de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad.	3	Reflejar en la agenda vigente del período abril – junio 2022, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.		100,0%
			4.2	Disminuir al menos un 50,0% de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2021.		100,0%
3	3,3	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.	2.2	Reducción del 40,0% de la brecha de la meta de consultas nuevas de especialidades médicas.		<b>0,0%</b>
3	3,4	Porcentaje de inasistencias o consultas “No Se Presenta” (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria.	2	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un 14,0%.		<b>50,0%</b>
4	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 SS	5	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para SS.		100,0%
			6	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS		<b>25,0%</b>
			7	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para SS.		100,0%

			8	Resolución del 45,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.		100,0%
5	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.	5	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para SS.		25,0%
			6	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS		0,0%
			7	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para SS.		100,0%
			8	Resolución del 45,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.		25,0%
6	6,2	Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial.	7	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para SS (excluye ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial).		100,0%
			8	Resolución de 100,0% de casos con fecha de ingreso según meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial).		0,0%
			9	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial		50,0%
			10	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.		0,0%
			11	Resolución del 100,0% de casos SENAME según la meta definida para el Servicio de Salud.		100,0%
			12	Resolución del 45,0% del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2021.		75,0%
6	6,4	Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.	2	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.		50,0%
7	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.	4	Resolver el 100,0% de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 30 de junio de 2022.	No cumple con % de cumplimiento solicitado	0,0%
			5	Lograr que el 80,0% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación (postergación de PO y NSP) no tengan un plazo mayor a 1 año desde la fecha de excepción, con corte a junio 2022.		100,0%
			6	Lograr que el 10,0% de los casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.		100,0%
			7	Lograr que el 20,0% de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.		100,0%
7	7,2	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.	3	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.		100,0%
			4	Desarrollar 2 reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud.		100,0%

			5	Formulación del mapa de derivación de la red oncológica.		100,0%
8	8,1	Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la elaboración del Diseño de la Red Asistencial programadas en el periodo.	2	Cada SS, deberá recoger, analizar y entregar al equipo responsable MINSAL un informe con el análisis descriptivo sobre la identificación de la oferta, establecida en las OOTT para el proceso de Diseño de la Red Asistencial.		100,0%
			3	Cada SS, deberá elaborar y entregar al equipo responsable Minsal la conclusión diagnóstica de su Red, según las OOTT para el proceso de Diseño de la Red Asistencial.		100,0%
11	11,1	% de derivación de pacientes con ENT, desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo.	4	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique % de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones, más las actividades realizadas en el periodo.		50,0%
11	11,2	% de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.	2	% de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.		75,0%
11	11,3	% de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.	2	% de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica		100,0%
12	12,1	Índice Funcional.	2	Índice Funcional.		100,0%
12	12,2	% de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	2	% de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.		100,0%
12	12,3	% de Egresos con Estadía Prolongada Superior.	2	% de Egresos con Estadía Prolongada Superior.		100,0%
13	13,1	% de ambulatorización de cirugías mayores.	2	Alcanzar un 60,0% de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.		100,0%
13	13,2	% de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	2	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un 8,0%.		100,0%
13	13,3	% de ocupación de quirófanos de cirugía electiva.	2	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a 75,0% de ocupación de los quirófanos electivos al corte.		100,0%
14	14,1	Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.	2	Envío de informe en formato MINSAL.	Se destaca la integración de la red en el desarrollo del tema, debe implementar las evaluaciones clínicas, ejecutar las capacitaciones pendientes y aumentar la generación de donantes efectivos.	100,0%
19	19,1	% de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo.	4	,Inventario valorizado y firmado por el director del establecimiento (de alta, mediana y baja complejidad) y del Servicio de Salud de las existencias de los medicamentos (productos farmacéuticos) y Dispositivos Médicos al 30/06/2022.		100,0%

19	19,2	% de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.	1	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo en formato digital según Anexo N°4, de la merma de medicamentos valorizada, respecto de las compras de fármacos al 30 de junio 2022, así como su definición y clasificación.		100,0%
20	20,1	% de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados o acreditados.	1	Alcanzar un 10,0% de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados a la Superintendencia de Salud o acreditados.	Acepta	100,0%
20	20,3	% de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico-asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.	1	Alcanzar un 88,0% de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínicoasistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.		51,1%
20	20,4	% de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR y SUR), con capacitación vigente en Precauciones Estándares.	1	Alcanzar un 25,0% de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia de APS (SAPU, SAR y SUR), con capacitación vigente en Precauciones Estándares.		100,0%
22	22,2	% de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriátría, Nefrología, y Patología Oral en el periodo.	6	Ejecutar al menos el 40,0% 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 Ene-Jun del año 2022, según la oferta disponible para cada SS		100,0%
			7	Ejecutar al menos el 40,0% 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 Ene-Jun del año 2022, según la oferta disponible para cada SS		100,0%
			9	Ejecutar al menos el 40,0% 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 Ene-Jun del año 2022, según la oferta disponible para cada SS		100,0%
25	25,1	Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	2	Cumplimiento mayor o igual a un 80,0% en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el SSS y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	Evaluación será enviada en periodo final. Establecimientos incluidos en esta evaluación son Hospitales de Chimbarongo, Coinco, Graneros, Litueche, Lolol, Marchigue, Nancagua, Peumo, Pichidegua, Pichilemu, Rancagua, Rengo, San Fernando, San Vicente de Tagua Tagua, Hospital de Santa Cruz y SS O'Higgins.	100,0%
25	25,2	Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	2	Cumplimiento mayor o igual a un 80,0% del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el SS y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST.		100,0%

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

Compromisos de Gestión II Corte año 2022						
CG N°	N° Indicador	Nombre del Indicador	N° Acción	Nombre Acción	Observación MINSAL	Resultado
<b>SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS</b>						<b>100,0%</b>
21	21,2	% de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo del SS	1	a. Diagnóstico identificando variables que influyen en las causas de ausentismo por licencia médica curativa b. Plan de acción para el abordaje biopsicosocial del ausentismo, con acciones mínimas indicadas por el MINSAL y el resultado del diagnóstico elaborado	Servicio de Salud envía Diagnóstico situacional y Plan de acción de acuerdo a orientaciones entregadas desde el nivel central.	100,0%
23	23,1	% 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.	1	Ejecutar al menos el 90,0% del Plan de Trabajo comprometido al corte, que incluyan las medidas de corrección y la normalización de registros en cada una de las leyes contractuales.		100,0%

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

Compromisos de Gestión II Corte año 2022						
CG N°	N° Indicador	Nombre del Indicador	N° Acción	Nombre Acción	Observación MINSAL	Resultado
<b>SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS</b>						<b>90,4%</b>
22	22,3	% de avance SIDRA en implementación de Reg. Clínico Electrónico de procesos priorizados (Agenda, Referencia/Contra-Referencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado, Tabla Qx e IQx).	2	Cumplimiento de los hitos definidos en Plan de implementación del Proyecto SIDRA, orientado al proceso de sistemas de Registro Clínico Electrónico en los estab. de la red asistencial y referidos a los procesos prioritarios	El Servicio de Salud cumple con la implementación de los procesos comprometidos para el corte	100,0%
24	24,1	% de presupuesto devengado en los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado.	2	Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.		100,0%
			3	Cumplir con el 15,0% de ejecución financiera de Proyectos de Inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	Se corrobora solicitud efectuada por el Servicio en la fecha indicada la cual presento retrasos en su procesamiento desde nivel central por lo que se acoge la apelación.	<b>71,3%</b>

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

Compromisos de Gestión II Corte año 2022						
CG N°	N° Indicador	Nombre del Indicador	N° Acción	Nombre Acción	Observación MINSAL	Resultado
<b>DEPARTAMENTO RELACIONES INSTITUCIONALES</b>						<b>100,0%</b>
16	16,1	% 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 L.E, en los estab. Hospitalarios y de APS	2	Cumplimiento del 50,0% de las actividades comprometidas del Plan de Mejora de la S.U, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y L.E.		100,0%
16	16,2	% de estab. hospitalarios y de APS que elaboran / actualizan difunden e implementan un protocolo de atención a usuarios en Urgencia, Farmacia y L.E.	1	Elaborar o actualizar un protocolo de atención a usuarios en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.	No cumple con lo solicitado. Se acepta apelación	100,0%
17	17,1	% de acciones implementadas del Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los SS para el año 2022, en el periodo.	5	Ejecución de actividades para dar cumplimiento al Plan Anual de Participación Ciudadana, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo para el corte a evaluar.		100,0%
			6	Informe ejecutivo por cada actividad, que dé cuenta de las percepciones de la comunidad y de la información levantada sobre el tema tratado y que sirva de insumo para la autoridad o jefaturas del SS		100,0%
			7	Encuestas de evaluación de cada una de las actividades correspondientes al apartado “Actividades de participación”, junto a su minuta de resultados, la cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato MINSAL		100,0%
18	18,1	% de acciones ejecutadas, medidas y evaluadas del Plan Comunicacional Institucional en el periodo.	2	Diseño de Plan Comunicacional en un trabajo colaborativo entre encargadas/os de Participación y Comunicaciones de los SS.		100,0%

## 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 (Climaterio), 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



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