



# INFORME ANUAL DE GESTIÓN

## PERIODO 2018-2022

---

DEPARTAMENTO DE APOYO A LA GESTIÓN  
UNIDAD DE CONTROL DE GESTIÓN  
DIRECCIÓN DE SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

Punta Arenas, Febrero 2022

## INDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Instrumentos, indicadores y cumplimiento de metas del Servicio de Salud Magallanes	
	a. Metas Sanitarias.....	4
	a.1 Meta Sanitaria Ley 18.834.....	4-8
	a.2 Meta Sanitaria Ley 19.664.....	8-13
	a.3 Meta Sanitaria Ley 20.707.....	13-17
	b. Glosa 04.....	17-20
	c. Compromisos de Gestión (COMGE).....	20-26
	d. Estrategia Nacional de Salud SIMPO.....	27-37
	e. Evaluación Establecimiento Autogestionado (EAR).....	37-44
	f. Convenio Alta Direccion Publica (ADP).....	44-50
	g. Proceso de Gestión del Riesgo (Matriz de Riesgo) .....	50-53
	h. Meta IAAPS (APS).....	53-59
	i. Meta Sanitaria Ley 19.813 (APS).....	60-62
III.	Conclusiones.....	63

## I. Introducción

En el marco de lo dispuesto en el Ord. N° 1617 de fecha 23 de noviembre del año 2021, del Ministerio de Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia, en la cual se entregan a los demás Ministerios pertenecientes al Gobierno de Chile, las directrices y orientaciones para llevar a cabo el traspaso de gobierno a las nuevas autoridades política que asumen a contar del próximo 11 de marzo del año 2022, bajo el documento denominado “Instructivo Traspaso Digital de Gobierno año 2021”, y de acuerdo a lo solicitado por el Departamento de Auditoría de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la cual este proceso se incorporará en el plan anual de auditoría de los Servicios de Salud, y por ende constará con la respectiva revisión e instancia de auditoría del traspaso de información, es que este Departamento asesor y dependiente de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, al igual que el resto de las Subdirecciones y Departamentos, informa por medio de este instrumento, los resultados obtenidos por este Servicio de Salud en materia de control de gestión e instancias de vinculación y apoyo a la red asistencial.

## II. Instrumentos, Indicadores y Cumplimiento de metas del Servicio de Salud Magallanes.

### a. Instrumento: Metas Sanitarias

El sistema público cuenta una serie de mecanismos de incentivos remuneracionales, que permiten modelar el desempeño individual de sus trabajadores en post del cumplimiento de objetivos institucionales, estas herramientas de apoyo a la gestión de las instituciones se establecen en diferentes marcos normativos los que buscan mejorar la gestión individual e institucional, mediante el pago de un incremento de remuneraciones ligados al cumplimiento de objetivos, indicadores y metas.

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados a cumplimiento de compromisos institucionales, que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile son las **Metas Sanitarias**, estas se encuentran estipuladas en la Ley 18.834 para profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares; los médicos regidos por la Ley 19.664; y la ley 20.707 que incentiva a los profesionales médicos que se desempeñan en sistema de turno.

Hay que entender las “Metas Sanitarias” como un sistema de mejoramiento continuo de desempeño colectivo, que impacta directamente en la atención de las personas que acceden a los establecimientos de sistema público de Salud.

#### a.1 Instrumento: Meta Sanitaria Ley 18.834

- i. **Reseña Instrumento:** Las metas de la Ley 18.834 corresponden a Las Metas de Desempeño Institucional, para funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo de la Ley 18.834 de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, corresponden a metas sanitarias específicas medidas a través de indicadores de actividad de cumplimiento anual.

Estas metas son nacionales y son establecidas mediante resolución exenta por parte del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se determinan las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante cada año por los Servicios de Salud.

El Director de cada Servicio de Salud deberá establecer para cada uno de los establecimientos las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas. Estas metas e indicadores deben estar vinculados a los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios y a los productos relevantes de cada uno de ellos, debiendo suscribir aquellas que le apliquen de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de servicio asociada a cada indicador.

**Marco Regulatorio:** La Asignación de Desarrollo de Estímulo de Desempeño Colectivo, para las plantas de auxiliares, técnicos y administrativos; y la asignación de acreditación individual y estímulo de desempeño colectivos para la planta de profesionales, se otorga a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores y metas denominadas “Metas Sanitarias”, las que, se encuentran normadas por los siguientes cuerpos legales y reglamentarios: Art. 83° del DFL N°1/2005, Ley 18.834, Decreto de Ley N° 249 del 1973 y Decreto N°123/2004 del MINSAL.

Además, cada año la Subsecretaria de Redes Asistencial remite Orientaciones Técnicas, en el marco de la Resolución Exenta que fija las metas nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para cada año, conforme al Decreto N° 123 del 2004 que reglamenta el otorgamiento de asignaciones de estímulos por desempeño colectivo.

Conceptualmente las metas se diseñaron en un sistema de ciclo continuo que cuenta con 4 etapas: Formulación, Suscripción de Convenios, Ejecución y Evaluación. Estas traspasan el año calendario, pues las etapas de *Formulación* y *Suscripción* se realizan el año anterior a su ejecución (año t-1) y la de *Evaluación* y *Apelación* se realiza el trimestre del año siguiente (año t+1)

1. *Proceso de formulación*: Una vez recibida la Resolución Exenta de la Subsecretaria de Redes Asistenciales se informan a los establecimientos dependientes de Servicio, que para los efectos se entenderá por establecimiento las siguientes dependencias de los Servicios de Salud Magallanes: Dirección del Servicio de Salud, Hospitales de Punta Arenas y Puerto Natales, Hospitales Comunitarios de Porvenir y Puerto Williams, y COSAM. Se entrega propuesta de las metas específicas y los indicadores de actividad como sus ponderadores. Se cita a Comité Técnico Consultivo, previamente constituido por Resolución exenta, y se levanta acta de compromisos y acuerdos. El comité, es una instancia asesora al Director de Servicio de Salud, quienes tendrán como propósito dar una opinión técnica y proponer las metas e indicadores factibles de cumplir y que se comprometerán por el o los establecimientos, previa revisión y ponderación de los antecedentes técnicos disponibles.
2. *Suscripción de Convenios*: una vez fijado los ponderadores para cada una de las metas de gestión definidas, que previamente los Director de cada Establecimiento informa al Director del Servicio, quien sancionará y aprobará por Resolución Exenta. La sumatoria de todos los ponderadores debe totalizar 100%, no pudiendo cada ponderador tener una valoración inferior a 10% ni superior a 30%, y con un mínimo de cuatro indicadores por cada establecimiento, así mismo, las ponderaciones deberán guardar relación con la relevancia de la meta para el establecimiento y el grado de dificultad de su cumplimiento. Cada meta de gestión deberá llevar asociada un indicador de actividad representativo, de manera que permita medir objetivamente su grado de cumplimiento.
3. *Ejecución*: Se efectúa monitoreo mensual de las actividades comprometidas.
4. *Evaluación*: La evaluación de las metas es anual, sin embargo, se realiza monitoreo mensual por parte de la Unidad de Control de Gestión del Servicio, y las Unidades de Control de los Establecimientos hospitalarios de alta y media complejidad, entregando alertas para que se efectúen mejoras o correcciones para alcanzar cumplimiento. Los Servicios de Salud enviarán, a más tardar el 31 de enero de cada año, a la respectiva Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud, la documentación referente al nivel de cumplimiento de las metas de sus establecimientos durante el año anterior y toda la información relacionada con ello y aquella adicional que ésta le solicite al efecto. Para esto, la respectiva SEREMI establecerá las formalidades y los medios a través de los cuales los Servicios de Salud deberán informarle sobre el grado de cumplimiento de las metas fijadas. Para que proceda la aplicación del ponderador correspondiente respecto de cada meta de gestión, ésta deberá haberse cumplido a lo menos en un 60%. La SEREMI de Salud dictará una resolución en que determine el porcentaje de cumplimiento que asigne a las metas de cada establecimiento sometido a evaluación, la que será enviada a más tardar el 15 de febrero del año respectivo, mediante carta certificada dirigida al Director del Servicio de Salud, con copia al Subsecretario(a) de Redes Asistenciales y a los directores de los establecimientos correspondientes. La referida resolución, deberá contener al menos el porcentaje de cumplimientos por cada indicador.

Por último, existe una instancia de Apelación, según Inciso Segundo del Artículo 10 del Reglamento N° 123, la cual señala que la Resolución que dicte el Secretario Regional Ministerial de Salud será apelable ante el Ministro de Salud, en el plazo de diez días hábiles, contado desde

el tercer día hábil siguiente al despacho de la resolución por carta certificada dirigida al domicilio del Servicio de Salud correspondiente.

Finalmente, según lo señalado en el Artículo 12, del referido reglamento, todas las diferentes etapas que contiene deberán estar finalizadas a más tardar el 10 de marzo de cada año.

## ii. Resumen de Resultados obtenidos.

Los resultados van en directa relación con los Objetivos de Mejoramiento de la Atención de la Gestión que el Servicio de Salud y sus Establecimientos de la Red Asistencial contenidos en la respectiva Resolución. Estos objetivos son:

1. Mejorar el nivel de la salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención, y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:
2. Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
3. Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes y cumplir el Régimen de Garantías en Salud conforme a la legislación vigente en la materia.
4. Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de atención, trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.

El cumplimiento de las metas específicas fijadas por el Director del Servicio de Salud Magallanes a los establecimientos de salud de su dependencia y a la Dirección del Servicio, debidamente comprobado, dará derecho a percibir, a los funcionarios que tengan la calidad de beneficiarios de las asignaciones establecidas en los artículos 83º, 84º y 86º del DFL N°1 del 2005, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979, del Ministerio de Salud, el porcentaje respectivo del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención a los usuarios, según indica a continuación:

- A) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales mayor o igual a 90%: porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas del año t, a cancelar durante al año t+1:

PLANTAS	PORCENTAJES
Directivos de carrera en los grados 17º y 11º	Hasta 7,5%
Profesionales	Hasta 7,5%
Técnicos	Hasta 11,5%
Administrativos	Hasta 11,5%
Auxiliares	Hasta 11,5%

- B) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%: porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas del año t, a cancelar durante al año t+1:

PLANTAS	PORCENTAJES
Directivos de carrera en los grados 17º y 11º	Hasta 3,75%
Profesionales	Hasta 3,75%
Técnicos	Hasta 5,75%
Administrativos	Hasta 5,75%
Auxiliares	Hasta 5,75%

- C) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales menor a 75%: Porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas del año t, a cancelar durante al año t+1 es igual a 0%.

Por lo tanto, de acuerdo al porcentaje de cumplimiento el establecimiento se ubica en el tramo 1, tramo 2 o tramo sin Asignación, como se indica en tabla:

Establecimiento con % de cumplimiento	Tramo
Cumplimiento >90%	Tramo 1
75% < cumplimiento y <90%	Tramo 2
Cumplimiento <75	Tramo sin asignación

A continuación, se presenta el cumplimiento anual, periodo 2018-2021 por establecimiento:

Establecimiento	Año 2018		Resultado Año 2018 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2018 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Dirección	96,24%	1	96,24%	1	Sin apelación	
Hospital Clínico	97,74%	1	97,74%	1		
Hospital Natales	98,32%	1	98,32%	1		
Hospital Porvenir	78,16%	2	78,16%	2		
Hospital Williams	99,51%	1	99,51%	1		

Establecimiento	Año 2019		Resultado Año 2019 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2018 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Dirección	98%	1	98%	1	Sin apelación Todos en Tramo 1	
Hospital Clínico	98%	1	98%	1		
Hospital Natales	95%	1	95%	1		
Hospital Porvenir	100%	1	100%	1		
Hospital Williams	100%	1	100%	1		

Establecimiento	Año 2020		Resultado Año 2020 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2018 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Dirección	40%	Sin tramo	40%	2	40%	1
Hospital Clínico	79%	2	79%	1		
Hospital Natales	90%	1	90%	1		
Hospital Porvenir	78%	2	78%	1		
Hospital Williams	52%	Sin tramo	52%	2	52%	1

Establecimiento	Año 2021		Resultado Año 2021 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2018 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Dirección	73%	sin tramo	73%	1	Sin apelación Todos en Tramo 1	
Hospital Clínico	80%	2	80%	1		
Hospital Natales	99%	1	99%	1		
Hospital Porvenir	86%	2	86%	1		
Hospital Williams	91%	1	91%	1		

### iii. Listado de Metas Evaluados

Nombre Meta	Meta País
META 1.1: Pacientes diabéticos compensados bajo control en el grupo de 15 y más años.	≥ 45%
META 1.2: Evaluación Anual de los pies en personas de 15 años y más con Diabetes bajo control.	≥ 90%
META 1.3: Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más.	≥ 68%
META 1.4: Porcentaje de Egreso de Maternidad con Lactancia Materna Exclusiva.	≥ 93%
META 1.5: Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos hospitalarios de alta y media complejidad.	≥ 95%
META 1.6: Porcentaje de Categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.	≥ 90%
META 1.7: Porcentaje de Categorización de Pacientes en Niveles Riesgo Dependencia.	≥ 95%
META 1.8: Porcentaje de casos con GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.	100% (con resultado ≥99,5%)
META 1.9: Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde 4UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	80%
META 3.1: Porcentaje de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, capacitados durante el año, en al menos una actividad pertinente de los nueve (9) Ejes Estratégicos de la ENS.	≥ 50%

### iv. Otras consideraciones

Las Metas e Indicadores durante el periodo se han mantenido, experimentado variaciones en la Meta nacional como mejoras en el cálculo de los indicadores y medios de verificación.

Para el año 2022, mediante Resolución Exenta N° 1355/21.02.2022 del Servicio de Salud Magallanes quedan fijadas Metas Sanitarias específicas y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los establecimientos del servicio de Salud Magallanes para el año 2022, conforme al Decreto N° 123 del 2004 que reglamenta el otorgamiento de asignaciones de estímulo por desempeño colectivo, Ley 18.834.

Las Orientaciones Técnicas tienen como propósito, primero, entregar el marco regulatorio sobre el proceso de cumplimiento anual de las metas, desde la formulación, actividades, plazos y responsables; y segundo, ser una guía general para que los equipos de control de gestión y afines de los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones específicas por cada uno de los indicadores, que les permita realizar un correcto cumplimiento y monitoreo durante todo el proceso. Como también orientaciones de indicadores específicos que entreguen los referentes técnicos ministeriales a los referentes locales del Servicio.

Finalmente señalar que, el año 2020 y 2021 producto de la pandemia por COVID -19, los resultados de las metas sanitarias se vieron fuertemente impactados, en particular los asociados a producción hospitalaria, los cuales fueron debidamente justificados como causa externa y siendo en definitiva acogidos por los evaluadores.



## a.2 Instrumento: Meta Sanitaria Ley 19.664

### **i. Reseña Instrumento:**

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda, por Decreto Exento fija las áreas prioritarias y compromisos para el año, para el pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la Ley N° 19.664.

Estas metas son nacionales y son establecidas mediante resolución exenta por parte del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. Para estos efectos, se determinan las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante cada año por los Servicios de Salud.

El Director de cada Servicio de Salud deberá establecer para cada uno de los establecimientos las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas. Estas metas e indicadores deben estar vinculados a los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios y a los productos relevantes de cada uno de ellos, debiendo suscribir aquellas que le apliquen de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de servicio asociada a cada indicador

Marco Regulatorio: Las metas de los profesionales funcionarios de los establecimientos de Salud, se encuentran regidas por la Ley 19.664 de 2020, el Decreto N°849 del 2000, el Decreto Biministerial de Salud y Hacienda y las orientaciones técnicas reguladas por el artículo N°8 del Decreto 849.

De acuerdo con lo anteriormente descrito, las Metas del Artículo 37 de la Ley 19.664 se diseñaron en un sistema de ciclo continuo que cuenta con 4 etapas: Formulación, Suscripción de Convenios, Ejecución y Evaluación. Las que se traspasan el año calendario, pues las etapas de Formulación y Suscripción se realizan el año anterior a su ejecución (año t-1) y la de Evaluación se realiza el trimestre del año siguiente (año t+1).

1. *Proceso de formulación:* Una vez recibido el Decreto Exento del MINSAL y de Hacienda, se informa a los establecimientos dependientes de Servicio, que para los efectos se entenderá por establecimiento los siguientes: Dirección del Servicio de Salud, Hospitales de Punta Arenas y Puerto Natales, Hospitales Comunitarios de Porvenir y Puerto Williams, y COSAM. Se entrega decreto y propuesta de las metas específicas y los indicadores de actividad como sus ponderadores, como la evaluación del año anterior, para que analicen el contenido de los documentos y formulen la propuesta de compromisos que deberá cumplir el establecimiento. Las Propuestas de convenios deben ser entregadas al Director del Servicio.
2. *Suscripción de Convenios:* El Servicio de Salud por su parte, recibirá los referidos convenios y realizará una revisión en la que deberá establecer si la propuesta del Establecimiento contiene las prioridades que han fijado el Ministerio de Salud y Hacienda para el año siguiente. El Servicio de Salud podrá: a) Realizar observaciones a lo enviado por el Establecimiento, tanto en la forma como en el fondo del convenio suscrito entre el Director del Establecimientos con sus unidades; b) Aprobar la propuesta del Establecimiento y enviar a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, las Resoluciones Exentas que aprueban los convenios de sus establecimientos. Estas resoluciones junto al Convenio entre el Director del Servicio y el Subsecretario de Red Asistencial son enviados al MINSAL para firma. La Subsecretaria de Redes Asistenciales, revisará los referidos programas de trabajo y emitirá una resolución aprobatoria, la que se enviará al Servicio de Salud.

Los Servicios de Salud, deberán ingresar en la plataforma [www.dipres.cl](http://www.dipres.cl) (acceso restringido), los indicadores y metas comprometidos y aprobados, además de ingresar los planes de trabajo

aprobados por resolución de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en archivo digital, para lo cual DIPRES, a través del Depto. de Control de Gestión de la SRA, proporcionará las claves de acceso respectivas.

3. *Ejecución:* Se efectúa monitoreo mensual de las actividades comprometidas.
4. *Evaluación:* La evaluación de las metas es anual. Sin embargo, se realiza monitoreo mensual por parte de la Unidad de Control de Gestión del Servicio, y las Unidades de Control de los establecimientos hospitalarios de alta y media complejidad, entregando señales alertas para que se efectúen mejoras para alcanzar cumplimiento.

Una vez finalizado el año, en el año t+1 en febrero, la DIPRES habilita la plataforma en la web para la carga de datos por parte de la Subsecretaría de Redes Asistencial. Posteriormente, durante el mes marzo se deben revisar dichos datos e ingresar en caso que sea necesario las justificaciones a incumplimiento, lo que finalmente para a la etapa de evaluación por una comisión externa, entregando el MINSAL los resultados finales y Decreto de disponibilidad presupuestaria.

## ii. Resumen de Resultados obtenidos:

Es necesario señalar que, los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores con Alta prioridad deben tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de Mediana prioridad. Por otra parte, ningún indicador podrá tener una ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud. Cada establecimiento contempla todos los indicadores que le sean aplicables de acuerdo a su complejidad y las prestaciones que desarrolla.

El cumplimiento de los establecidos en los convenios, dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo a la siguiente indicación:

- a. Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 95%: Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM
- b. Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 95%: Porcentaje de Bonificación = % real obtenido del PBM
- c. Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%: Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM

*Nota: PBM = es el porcentaje máximo que se establecerá por el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año t.*

El porcentaje de cumplimiento global del establecimiento se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento. El porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor que 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.

Por lo tanto, de acuerdo al porcentaje de cumplimiento, el establecimiento se le asignará el porcentaje máximo como se indica en tabla:

Establecimiento con % de cumplimiento	Calculo Bonificación por Desempeño Colectivo
Cumplimiento $\geq$ 95%	100% del PBM
75% $\leq$ cumplimiento y < 95%	% Proporcional, del PBM
Cumplimiento < 75	0% del PBM

A continuación, se presenta el cumplimiento anual, periodo 2018-2021:

Establecimiento	Año 2018 - Resumen Cumplimiento Final DIPRES			
	% Cumplimiento Informado por SSM	Suma de ponderadores de metas cumplidas sin MV válidos	Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas	% de Cumplimiento Global del Servicio
Dirección	99,10%	0%	0%	99,10%
Hospital Clínico	97,60%	0%	0%	97,60%
Hospital Natales	95,00%	0%	0%	95,00%
Hospital Porvenir	90,00%	0%	0%	90,00%
Consultorio APS Williams	100%	0%	0%	100%

Establecimiento	Año 2019 - Resumen Cumplimiento Final DIPRES			
	% Cumplimiento Informado por SSM	Suma de ponderadores de metas cumplidas sin MV válidos	Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas	% de Cumplimiento Global del Servicio
Dirección	97,30%	0%	0%	97,30%
Hospital Clínico	97,39%	0%	0%	97,39%
Hospital Natales	65,00%	0%	0%	65,00%
Hospital Porvenir	100,00%	0%	0%	100,00%
Hospital Williams	100,00%	0%	0%	100,00%

*Nota: Respecto al Año 2019, en el Informe de validación técnica: el Hospital de Puerto Natales alcanzó un 65% de cumplimiento, recibiendo 0% de pago por bonificación de desempeño colectivo, sin lograr acreditar la ocurrencia de causa externa calificada y no prevista.*

Establecimiento	Año 2020 - Resumen Cumplimiento Final DIPRES			
	% Cumplimiento Informado por SSM	Suma de ponderadores de metas cumplidas sin MV válidos	Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas	% de Cumplimiento Global del Servicio
Dirección	39,45%	0%	60,55%	100,00%
Hospital Clínico	68,43%	0%	31,57%	100,00%
Hospital Natales	70,00%	0%	30,00%	100,00%
Hospital Porvenir	78,78%	0%	21,22%	100,00%
Hospital Williams	55,00%	0%	45,00%	100,00%

*Nota: En el año 2020, se observa una baja importante de los indicadores de gestión y del cumplimiento general de todos los establecimientos de la red asistencial. Lo anterior se enmarca en la contingencia por Pandemia COVID-19, la cual afectó profundamente todas las metas sanitarias planificadas, situación que fue considerada en la evaluación final llevada a cabo por la DIPRES.*

Establecimiento	Año 2021 - Resumen Cumplimiento Final DIPRES			
	% Cumplimiento Informado por SSM	Suma de ponderadores de metas cumplidas sin MV válidos	Suma de ponderadores de metas no cumplidas con justificación válidas	% de Cumplimiento Global del Servicio
Dirección	En Proceso De Evaluación (Carga de datos por MINSAL, posterior revisión y justificación por el Servicio, y evaluación Externo).			
Hospital Clínico				
Hospital Natales				
Hospital Porvenir				
Hospital Williams				

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Nº META	Indicador de Desempeño	PRIORIDAD	Meta País
1	Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años.	ALTA	≥ 45%
2	Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años con diabetes bajo control.	ALTA	≥ 90%
3	Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años.	MEDIA	≥ 68%
4	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas	ALTA	≤ 7%
5	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en año t	ALTA	≥ 65%
6	Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.	ALTA	Meta según desempeño
7	Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.	MEDIA	≥ 88,09%
8	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista en modalidad presencial y a distancia.	ALTA	≥ 95%
9	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	ALTA	≥ 80%
10	Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio.	MEDIA	≤ 13 días
11	Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.	ALTA	100%, si resultado ≥ 99,5%
12	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.	MEDIA	100%
13	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	MEDIA	≥ 80%
14	Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitante.	ALTA	≥ 95%

*Nota: Indicadores N°12, N°13 y N°14 no aplican.*

**iv. Otras consideraciones.**

En la evaluación final el año 2020, los Establecimientos obtienen el 100% de la ponderación de sus indicadores, debido a que se acreditó la causa externa de Pandemia por COVID-19. Ello en base al análisis de los antecedentes presentados por el Servicio, y lo expuesto por el Informe de Validación Técnica emitido por el Evaluador Externo, el cual considera que los Establecimiento invocaron y acreditaron la existencia de causas externas no previstas relacionadas con la emergencia sanitaria afectando severamente el cumplimiento de indicadores.

Las Metas e Indicadores durante el periodo 2018 y 2021 se han mantenido, experimentado variaciones menores respecto a la Meta nacional o cambios en el cálculo o fórmula de los indicadores y medios de verificación.

Informar que, mediante Resolución números 1085, 1086, 1087, 1088 y 1092, todas de fecha 14.02.2022 del Servicio de Salud Magallanes, se aprueban los convenios que contienen las metas y sus ponderaciones fijadas para el año 2022 de las Metas Sanitarias Ley 19964 de los establecimientos dependientes del Servicio: Dirección del Servicio de Salud Magallanes, Hospital Clínico de Magallanes “Dr. Lautaro Navarro Avaria” de Punta Arenas, Hospital “Dr. Augusto Essmann Burgos” de Puerto Natales, Hospital Comunitario “Cristina Calderón” de Puerto Williams y Hospital Comunitario “Dr. Marco Chamorro Iglesias” de Porvenir, respectivamente, según lo dispuesto en los Artículos 28 letra d) y 37 de la Ley 19.664, entre el Director del Servicio con los respectivos establecimientos de su red asistencial.

Finalmente, las Orientaciones Técnicas tienen como propósito, primero, entregar el marco regulatorio sobre el proceso de cumplimiento anual de las metas, desde la formulación, actividades, plazos y responsables; y segundo, ser una guía general para que los equipos de control de gestión y afines de los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones específicas por cada uno de los indicadores, que les permita realizar un correcto cumplimiento y monitoreo durante todo el proceso. Como también existen orientaciones de indicadores específicos que entreguen los referentes técnicos ministeriales a los referentes locales del Servicio.

**a.3 Instrumento: Meta Sanitaria Ley 20.707**

**i. Reseña Instrumento:**

La implementación de La Ley 20.707 buscó mejorar las condiciones remuneracionales de los profesionales funcionarios que ejercen funciones de jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo, e incentivar la permanencia de profesionales especialistas en los servicios o unidades críticas, de urgencias, maternidades y residencias médicas, que requieren atención en forma continua los 365 días del año en la Red de Establecimientos públicos de Salud, además de disminuir la brecha de especialistas en regiones carentes de especialidades médicas de las unidades señaladas, generar un estímulo de carácter permanente por especialidad y variable orientado al cumplimiento de metas de producción y calidad en dichas unidades de trabajo y, por último, establecer un plan de retiro voluntario para los profesionales pertenecientes a las leyes N° 19.664 y N° 15.076.

En relación a los estímulos remuneracionales, de carácter fijo y variable, que la Ley implementó para profesionales funcionarios con jornada de 28 horas semanales de la ley N° 15.076, tuvo como finalidad abordar en forma integral los problemas que se suscitan en la gestión clínica de los establecimientos de salud de la Red Asistencial, haciendo indispensable que la atención de urgencia sea abordada en el marco de la atención al usuario.

Teniendo en consideración que los problemas que se presentan en las unidades de urgencias hospitalarias, principalmente, de condiciones y remuneraciones menores en relación al sector privado, generan considerables niveles de rotación y dificultades para la contratación de personal calificado, se presenta una propuesta de incentivos remuneracionales asociada al ejercicio de especialidades en unidades de urgencias, paciente crítico, maternidades y residencias, y a compromisos de gestión que los Directores de los Servicios de Salud suscribirán con los Directores de establecimientos, compromisos orientados a la mejora de indicadores de producción y calidad.

En este contexto, el artículo 12 de la referida Ley, establece una asignación de estímulo por competencias profesionales de un 10%, para profesionales funcionarios con desempeño en cargos de 28 horas semanales, regidos por la ley N° 15.076, en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, incluidos los profesionales liberados de guardia, que sigan desempeñándose en servicios de urgencia o maternidades y en unidades de cuidado intensivo.

Tendrán derecho a esta asignación los profesionales funcionarios que hayan prestado servicios para alguna de las unidades señaladas en los incisos anteriores, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de evaluación del cumplimiento de las metas fijadas y que se encuentren en servicio al momento del pago de la cuota respectiva de la asignación. Estos funcionarios percibirán la asignación siempre que las unidades donde presten sus funciones hayan cumplidos, a lo menos, el 75% de las metas fijadas conforme con este artículo.

**ii. Resumen de resultados obtenidos:**

En la evaluación, el porcentaje de cumplimiento de cada indicador es de 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador es desde 75% a 94%, se asignará el ponderador proporcional al porcentaje cumplido.

A continuación, se presenta el cumplimiento anual, periodo 2018-2021:

Año 2018 - Resumen de Cumplimiento Anual				
Establecimientos	Unidades Definidas	Nº de Metas	Resultado Informado por el SSM	% de Cumplimiento de la Unidad FINAL
Hospital Clínico de Magallanes	Unidad de Desempeño CR Unidad de Paciente Crítico	5	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Unidad de Emergencia Hospitalaria	5	86%	86%
	Unidad de Desempeño CR de la Mujer	6	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Infantil	7	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Anestesia y Pabellón Quirúrgico	4	100%	100%
Hospital de Puerto Natales	Unidad de Urgencias	5	80%	80%
	Unidad de Pabellón	4	50%	50%

Año 2019 - Resumen de Cumplimiento Anual				
Establecimientos	Unidades Definidas	Nº de Metas	Resultado Informado por el SSM	% de Cumplimiento de la Unidad FINAL
Hospital Clínico de Magallanes	Unidad de Desempeño CR Unidad de Paciente Crítico	5	99%	99%
	Unidad de Desempeño CR Unidad de Emergencia Hospitalaria	6	98%	98%
	Unidad de Desempeño CR de la Mujer	6	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Infantil	8	97%	97%
	Unidad de Desempeño CR Anestesia y Pabellón Quirúrgico	4	98%	98%

Año 2019 - Resumen de Cumplimiento Anual				
Establecimientos	Unidades Definidas	Nº de Metas	Resultado Informado por el SSM	% de Cumplimiento de la Unidad FINAL
Hospital de Puerto Natales	Unidad de Urgencias	4		0%
	Unidad de Pabellón	5		0%

*Nota: El Hospital no presento medios de verificación ni antecedentes, por lo que el cumplimiento fue de 0% para ambas unidades comprometidas.*

Año 2020 - Resumen de Cumplimiento Anual					
Establecimientos	Unidades Definidas	Nº de Metas	Resultado Informado por el SSM	% de Cumplimiento de la Unidad	% de Cumplimiento Apelación
Hospital Clínico de Magallanes	Unidad de Desempeño CR Unidad de Paciente Crítico	5	99%	99,2%	100%
	Unidad de Desempeño CR Unidad de Emergencia Hospitalaria	6	98%	97,5%	100%
	Unidad de Desempeño CR de la Mujer	6	100%	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Infantil	8	100%	100%	100%
	Unidad de Desempeño CR Anestesia y Pabellón Quirúrgico	4	100%	100%	100%
Hospital de Puerto Natales	Unidad de Urgencias	4	69%	100%	100%
	Unidad Tratamiento Intensivo	4	50%	100%	100%
	Unidad y/o Servicio Ginecología y Obstetricia	4	100%	98%	100%
	Unidad de Pabellón	5	100%	100%	100%

Año 2021 - Resumen de Cumplimiento Anual				
Establecimientos	Unidades Definidas	Nº de Metas	Resultado Informado por el SSM	% de Cumplimiento de la Unidad FINAL
Hospital Clínico de Magallanes	Unidad de Desempeño CR Unidad de Paciente Crítico	5	80%	Evaluación en proceso
	Unidad de Desempeño CR Unidad de Emergencia Hospitalaria	6	99%	
	Unidad de Desempeño CR de la Mujer	6	100%	
	Unidad de Desempeño CR Infantil	7	100%	
	Unidad de Desempeño CR Anestesia y Pabellón Quirúrgico	4	95%	
Hospital de Puerto Natales	Unidad de Urgencias	4	100%	
	Unidad Tratamiento Intensivo	4	100%	
	Unidad y/o Servicio Ginecología y Obstetricia	4	100%	
	Unidad de Pabellón	5	100%	

iii. **Resumen de resultados obtenidos:**

Área	Objetivo	Nombre del Indicador
1. Producción	1.1 Atención de Pacientes Hospitalizados	Índice Estancia Media Ajustada (IEMA)
	1.2 Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/o ESI2 en las UEH.	Porcentaje de atención pacientes categorizados como C2 y/o ESI2 en los tiempos según estándar en las UEH
	1.3 Donación y procuramiento de Órganos	Porcentaje de notificación/pesquisa de Posibles/Potenciales donantes de órganos para trasplantes.
3. Calidad	3.1 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso consentimiento informado	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado
	3.2 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas.	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de ingreso.
	3.3 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada.	Capacitación actualizada en precauciones estándares de IAAS a médicos Ley 15.076.
	3.4 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno.	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo.
	3.5 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia.	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU.
	3.6 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación del correcto registro de protocolo operatorio.	Porcentaje d cumplimiento de registros clínicos mínimos de protocolo operatorio.
	3.7 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo.	Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.



	3.9 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la descripción de las atenciones recibidas y así mantener la continuidad de estas durante la estadía en el servicio (indicador propuesto por UTI del Hospital de Natales)	Porcentaje de pacientes egresados con epicrisis médica completa (indicador propuesto UTI del Hospital de Natales)
	3.10 Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de indicación de cesáreas de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.	Porcentaje de pacientes con correcta aplicación de criterios de indicación de cesárea (indicador propuesto por Obstetricia del Hospital de Natales)

**iv. Otras consideraciones:**

Informar que, mediante Resolución números 1095 y 1096, ambas de fecha 14.02.2022 del Servicio de Salud Magallanes, se aprueban los convenios que fijan las metas y sus ponderaciones para el año 2022 de las Metas Sanitarias Ley 20.707 de los establecimientos dependientes del Servicio: Hospital Clínico de Magallanes “Dr. Lautaro Navarro Avaria” de Punta Arenas y Hospital “Dr. Augusto Essmann Burgos” de Puerto Natales, respectivamente, para el pago de la asignación por cumplimiento anual de las metas de producción y de calidad q que se refiere el Art. 12 de la Ley 20.707 de las unidades correspondientes.

Las Orientaciones Técnicas de esta Ley, tienen tres propósitos, por un lado, entregar un marco conceptual del proceso de formulación, actividades, plazos y responsables de los indicadores y metas de producción y calidad; segundo, ser una guía general para los equipos de Control de Gestión de los Servicios de Salud y sus Establecimientos, que permita realizar un correcto monitoreo de las tareas y acciones para el cumplimiento de los indicadores; y finalmente ser instrumento de utilidad para el Departamento de Auditoría en el proceso de evaluación.

**b. Instrumento: Glosa 04**

- i. **Reseña Instrumento:** Los Servicios de Salud en cumplimiento a lo dispuesto a la Glosa 04 de la ley 21.289 del presupuesto del Sector Público de cada año, deben presentar trimestralmente un informe de gestión y evaluación de la situación asistencial y financiera del Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes, el cual es remitido a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Dirección de Presupuesto, esto dentro del mes siguiente al del vencimiento del trimestre respectivo; considerando lo dispuesto en la Glosa 02, letra e, de los Servicios de Salud. Posteriormente, el Ministerio de Salud deberá enviar a la referida Dirección una evaluación de los informes presentados por los Servicios, en forma global e institucional.

Con los informes respectivos de cada Servicios de Salud y de la evaluación efectuada, son remitidos por el Ministerio, a las Comisiones de Salud y de Hacienda del Senado y de la Cámara de Diputados, lo que posteriormente se informa a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, señalando la deuda hospitalaria al final del año en curso, especificando los recursos que durante el año se asignaron a cada Servicio para efectos de pago de deuda y su flujo mensual.

El reporte de la Situación Asistencial de los Servicios de Salud para el año evaluado, debe entregar los antecedentes mediante doce indicadores asistenciales que expresan el comportamiento y variación de resultados de los Servicios de Salud del país en estas métricas, cuyo enfoque considera el marco del Ámbito de Modelo Asistencial de la Metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los Servicios de Salud deberán entregar los antecedentes que permitan obtener el presupuesto vigente, el estado de las obligaciones devengadas y no pagadas y de la glosa 02 asociada al subtítulo 21 de cada establecimiento hospitalario de la Red Asistencial. Además, cada Servicio de Salud deberá realizar un análisis cualitativo que contenga información sobre el origen, justificación y compatibilidad de los gastos efectuados y compromisos asumidos, con los montos de gastos autorizados en el presupuesto y ejecución de glosas respectivas, a su vez un detalle de la dotación del personal (dotación autorizada y efectiva) y de los días de licencias médicas curativas de los funcionarios desagrado por establecimiento hospitalario de la red.

Para dar cumplimiento a las orientaciones técnicas de este instrumento, se designan referentes técnicos para las Subdirecciones de Gestión Asistencial, Subdirección Administrativa Financiera y Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, los cuales reportan los indicadores de la Glosa 04 para el trimestre definido según calendarización.

## ii. **Resumen de Resultados obtenidos:**

Respecto a la Glosa 04, resulta necesario señalar que no posee una métrica de evaluación por establecimiento o Dirección de Servicio que sea comparable durante los años o por Servicio de Salud, ya que corresponde a un instrumento de tipo informe que da cuenta de los resultados trimestrales en diversas áreas de interés (asistencial, administrativa y del recurso humano).

En relación a su evaluación, indicar que una vez remitido el informe consolidado por este Departamento, es observado u aprobado por la Subsecretaria de Redes, remitiendo un documento final de aprobación del mismo.

A continuación, se entregan los resultados resumen del cuarto corte GLOSA 04 del año 2021 (periodo Octubre – Diciembre), remitido durante el mes de enero del año 2022, el cual se encuentra a la fecha de este informe en etapa de evaluación por la Subsecretaria de Redes Asistenciales:

<b>Gestión Asistencial (Octubre - Diciembre 2021)</b>	
Número de Intervenciones Quirúrgicas Totales	2,335
Porcentaje de Ocupación de Quirófanos en Trabajo de Cirugía Electiva (Horario Hábil)	74.69%
Porcentaje de Suspensión de Intervenciones Quirúrgicas	8.35%
Número de Partos totales	251
Porcentaje de Cesáreas sobre Partos	44.22%
Índice Ocupacional	64.26%
Número de Egresos Hospitalarios	3,131
Promedio de Días de Estada (*)	7.56
Total Consultas Médicas Especialidades	28,484
Porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad	25.19%
Total Teleconsultas (nuevas y controles)	1,207
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	98.14%
<b>Gestión Financiera</b>	
Total Ejecución Subtítulo 21	82,042,410
Total Ejecución Subtítulo 22	46,173,034
Porcentaje Disponibilidad Presupuestaria	1.04%
Obligaciones No Pagadas	6,268,796}

Glosa 02 Ss	
Horas Extraordinarias	302,050
Asignación de Turno, establecida en el art. 94 del DFL N° 1, (S), de2005	631,853
Bonificación Compensatoria de la Asignación de Turno, establecida en el art. N° 13 T Ley N° 19.937	19,469
Autorización Máxima para Gastos de Viáticos, en Territorio Nacional	33,447
Convenios con Personas Naturales	1,906,484
Asignación por Funciones Criticas	19,200
Art. 98 del DFL N° 1, (S), 2005, Asignación de Responsabilidad	11,631
Asignación de Estimulo Autorización Máxima Aplicación Art. 35 Ley 19.664	984,272
Capacitación y Perfeccionamiento Leyes N° 18.575, 15.076 y 19.664	351,506
Gastos en Publicidad y Difusión	12,150
Dotación De Personal y Licencias Médicas	
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 15.076 (Cargos)	96.84%
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 18.834 (Cargos)	98.98%
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 19.664 (Horas)	100.36%
Índice de Ausentismo por LMC	9.26

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Indicadores Asistenciales
Porcentaje de Ocupación de Quirófanos en Trabajo de Cirugía Electica (Horario Hábil
Porcentaje de Suspensión de Intervenciones Quirúrgicas
Número de Partos totales
Porcentaje de Cesáreas sobre Partos
Índice Ocupacional
Número de Egresos Hospitalarios
Promedio de Días de Estada (*)
Total Consultas Médicas Especialidades
Porcentaje de Consultas Nuevas de Especialidad
Total Teleconsultas (nuevas y controles)
Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
Indicadores Financieros
Total Ejecución Subtítulo 21
Total Ejecución Subtítulo 22
Porcentaje Disponibilidad Presupuestaria
Obligaciones No Pagadas
Indicadores Glosa 02
Horas Extraordinarias
Asignación de Turno, establecida en el art. 94 del DFL N° 1, (S), de2005
Bonificación Compensatoria de la Asignación de Turno, establecida en el art. N° 13 T Ley N° 19.937
Autorización Máxima para Gastos de Viáticos, en Territorio Nacional
Convenios con Personas Naturales
Asignación por Funciones Criticas
Art. 98 del DFL N° 1, (S), 2005, Asignación de Responsabilidad
Asignación de Estimulo Autorización Máxima Aplicación Art. 35 Ley 19.664
Capacitación y Perfeccionamiento Leyes N° 18.575, 15.076 y 19.664
Gastos en Publicidad y Difusión

Indicadores Dotación de Personal y Licencias Medicas (RRHH)
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 15.076 (Cargos)
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 18.834 (Cargos)
Porcentaje de Ejecución Dotación Autorizada Ley 19.664 (Horas)
Índice de Ausentismo por LMC

iv. **Otras consideraciones:**

Este instrumento se realiza con la información recabada de toda la red asistenciales, lo cual incluye Dirección de Servicio, Hospitales de alta, mediana y baja complejidad de la red, SAMU, Salud Mental, COSAM Miraflores y APS, dependiendo si aplican para los indicadores evaluados.

c. **Instrumento: Compromisos de Gestión (COMGES)**

- i. **Reseña Instrumento:** Los Compromisos de Gestión son una herramienta de control de gestión que permiten evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Su formulación responde a conceptos teóricos, legales y metodológicos, en donde, para una mejor comprensión de su implementación en los Servicios de Salud, es necesario profundizar en cada uno de ellos. En el año 2011 se publica el documento “Redes Integradas De Servicios De Salud: El Desafío De Los Hospitales”, el cual aborda la redefinición del rol de los hospitales y su posición para vencer la fragmentación, debido a que la visión tradicional de los hospitales como entidades “autónomas” y la falta de coordinación entre los servicios hospitalarios y otros dispositivos de la red de servicios, constituyen un factor importante de esa fragmentación y atentan contra la necesidad de nuevos modelos de prestación de servicios de salud más adaptados a las nuevas necesidades y que provean servicios de salud eficientes, efectivos y Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, corresponden a la estrategia impulsada por la OPS para vencer la fragmentación, problemática presente en los países de Latinoamérica y que dificulta la consecución de logros sanitarios

Dentro del modelo de organización de la metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud, se identifican cuatro ámbitos de abordaje: Modelo Asistencia, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación de Recursos e Incentivos. De estos cuatro ámbitos se desprenden catorce temáticas prioritarias – llamadas atributos - que una red de Servicios de Salud debe trabajar para lograr transformarse en una red coordinada e integrada. Es importante recalcar que las Redes Integradas de Servicios de Salud no se implementan por decreto, sino a través de diversos procesos sociales, comunicaciones, de trabajo mutuo y construcción de las confianzas necesarias para llevarlas a cabo y una de las estrategias propuestas para poder implementarlas, es a través de la ejecución de Compromisos de Gestión, diseñados para implementar y fortalecer los diferentes ámbitos y atributos que establece la metodología de trabajo.

El marco Legal de los Compromisos de Gestión se sustenta en el D.F.L N°1 del Ministerio de Salud, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y la ley 19.882 que regula la política de personal a los funcionarios públicos.

Respecto al marco Metodológico establecido para el proceso de formulación de los Compromisos de Gestión surge desde los lineamientos estratégicos que perentoriamente debían ser integrados en la labor: Misión Institucional, Objetivos Relevantes del Ministerio de Salud y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El cruce entre los objetivos relevantes y estratégicos genera cinco productos estratégicos, dentro de los cuales se encuentran los Compromisos de Gestión. Además, se integra el marco establecido por el Plan de Gobierno en Salud para el periodo 2018 - 2021. Este marco referencial, en conjunto con las prioridades identificadas por cada una de las Divisiones que componen la Subsecretaría de Redes Asistenciales, fijarían la ruta para establecer las propuestas de Compromisos de Gestión para el periodo 2019 – 2022.

Por todo lo anteriormente expuesto, los Compromisos de Gestión en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud, responden a un modelo de continuidad en lo que respecta a las metodologías de evaluación del desempeño y control de gestión de los Servicios de Salud, reafirmando el compromiso del país con el desarrollo de la atención primaria y el acceso universal a la salud, y reconociendo a la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud como la mejor alternativa para vencer la fragmentación en la entrega de prestaciones de salud en nuestras redes de Servicios de Salud.

En Anexo COMGES, se presentan las Orientación Técnica Compromisos de Gestión 2018, 2019, 2021,2022.

## ii. **Resumen de Resultados obtenidos:**

Los Compromisos de Gestión se evalúan a nivel nacional de manera cuatrianual, es decir por medio de cuatro cortes predefinidos por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, los cuales son informados con anterioridad a las Direcciones de Servicio y referentes técnicos por medio de una calendarización anual del proceso de evaluación. En relación a lo anterior, este instrumento establece para cada corte una serie de indicadores y subindicadores que aplican dependiendo de la definición técnica que establezca las Orientaciones Técnicas descritas en el anexo COMGES, para cada uno de estos.

Respecto al proceso de evaluación, este se realiza en dos etapas: una evaluación preliminar la cual tiene la opción de solicitar un proceso de apelación por parte de las Direcciones de Servicio respecto a indicadores incumplidos y una evaluación final que define resultado por corte y posicionamiento en el ranking nacional dentro de los 29 Servicios a lo largo del país.

A continuación, se informa, resultados finales por cada corte y resultado anual a contar del año 2018 al 2021:

<b>Evaluación Final Nivel de cumplimiento y Ranking Año 2018</b>					
	I Corte	II Corte	III Corte	IV Corte	Final Anual
Resultado	95,37%	87,09%	89,83%	82,58%	<b>87,54%</b>
Ranking	# 12	# 28	# 22	# 28	# 27

<b>Cumplimiento por ámbito de las RISS anual Año 2018</b>				
	Modelo Asistencial	Gobernanza y Estrategia	Organización y Gestión	Asignación de recursos e incentivos
Resultado	85.41%	96.71%	83.92%	82.63%

Evaluación Final Nivel de cumplimiento y Ranking Año 2019					
	I Corte	II Corte	III Corte	IV Corte	Final Anual
Resultado	88,54%	78,15%	81,79%	78,79%	<b>81,10%</b>
Ranking	# 5	# 25	# 16	# 17	# 14

Cumplimiento por ámbito de las RISS anual Año 2019				
	Modelo Asistencial	Gobernanza y Estrategia	Organización y Gestión	Asignación de recursos e incentivos
Resultado	78.48%	99.00%	72.44%	89.86%

Evaluación Final Nivel de cumplimiento y Ranking Año 2020					
	I Corte	II Corte	III Corte	IV Corte	Final Anual
Resultado	87,52%	96,22%	92,29%	88,12%	<b>87,58%</b>
Ranking	# 6	# 3	# 15	# 20	# 8

Cumplimiento por ámbito de las RISS anual Año 2020				
	Modelo Asistencial	Gobernanza y Estrategia	Organización y Gestión	Asignación de recursos e incentivos
Resultado	83.15%	95.44%	97.90%	89.69%

Evaluación Final Nivel de cumplimiento y Ranking Año 2021 (en proceso)					
	I Corte	II Corte	III Corte	IV Corte	Final Anual
Resultado	97,29%	98,58%	92,10%	<b>92,95%</b>	<b>Pendiente</b>
Ranking	<b>Posición 3</b>	<b>Posición 2</b>	Posición 5	<b>Posición 1</b>	<b>Pendiente</b>

Cumplimiento por ámbito de las RISS anual Año 2021 (en proceso):				
	Modelo Asistencial	Gobernanza y Estrategia	Organización y Gestión	Asignación de recursos e incentivos
Resultado	Pendiente	Pendiente	Pendiente	Pendiente

Al realizar un análisis cualitativo de los resultados obtenidos durante los últimos 3 años y teniendo pendiente los resultados para el año 2021, se puede observar que se ha mantenido la tendencia al alza respecto a la secuencia año 2018, 2019 y 2020 respectivamente, mejorando sustancialmente el ranking de posicionamiento del Servicio de Salud Magallanes, logrando avanzar del penúltimo lugar en el posicionamiento nacional #28 en el año 2018 al puesto #8 en el año 2020, y un expectante posicionamiento en el top #3 para el año 2021. Lo anterior, significa un esfuerzo importante de la Dirección de Servicio, y de su gestión interna, en el entendido que durante el año 2020 y 2021, se logra mejoría en la mayoría de los compromisos en contexto de causa externa por pandemia asociada al virus SARS-CoV-2 y las evidentes nuevas prioridades en materias de manejo y contención de la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes.

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Los COMGES en los últimos 4 años evaluados, se han mantenido en un total de 25 Compromisos, sin embargo, en las diferentes orientaciones técnicas, se han sumado o modificados algunos indicadores incluidos en cada compromiso de gestión. Resulta necesario señalar que, estos 25 compromisos se desglosan en un total de 63 indicadores (últimos 2 años) los cuales a su vez pueden contener más de una subacciones para dar cumplimiento al indicador específico.

A continuación, se informan la totalidad de indicadores evaluados para el año 2021:

COMGES	N° Indicador	Ámbito	Nombre del Indicador
1	1.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud.
1	1.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.
1	1.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.
1	1.4	Modelo Asistencial	Porcentaje de contrarreferencias realizadas al alta de consulta de especialidad.
2	2.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.
2	2.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria.
2	2.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de programación de horas de consultas de Telemedicina por profesionales médicos especialistas en Atención Secundaria y Terciaria.
2	2.4	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas, realizados por profesionales Cirujanos Dentistas en la Red.
3	3.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático en el periodo.
2	3.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad.
3	3.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.
3	3.4	Modelo Asistencial	Porcentaje de inasistencias o consultas "No Se Presenta" (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria.
4	4.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de casos egresados 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 2019.
4	4.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de casos egresados de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud.
5	5.1	Modelo Asistencial	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 2020.
5	5.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta definida para cada Servicio de Salud.
6	6.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de utilización del Programa de Reforzamiento Odontológico de Atención Primaria de Salud (PRAPS) en la atención de casos de Lista de Espera de Consultas Nuevas en las Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.
6	6.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial.
6	6.3	Modelo Asistencial	Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.
6	6.4	Modelo Asistencial	Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.
7	7.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES en patologías oncológicas y de las metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.
7	7.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.
7	7.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de cierre de brechas de cobertura, semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud.
8	8.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso del Diseño de la Red Asistencial del año 2021 en el periodo.
8	8.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la elaboración del Diseño de la Red Asistencial según reprogramación de trabajo 2021.
9	9.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.
9	9.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS.
9	9.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica.
10	10.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo.
10	10.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de establecimientos que programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más
10	10.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de personas con 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo.
10	10.4	Modelo Asistencial	Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.
11	11.1	Modelo Asistencial	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.
11	11.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.



11	11.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
12	12.1	Modelo Asistencial	Índice Funcional.
12	12.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
12	12.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.
13	13.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.
13	13.2	Modelo Asistencial	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.
13	13.3	Modelo Asistencial	Porcentaje de ocupación de quirófanos de cirugía electiva.
14	14.1	Modelo Asistencial	Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.
15	15.1	Modelo Asistencial	Porcentaje de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, que reportan el número de test visual/rápido de VIH realizados en el periodo.
15	15.2	Modelo Asistencial	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.
15	15.3	Modelo Asistencial	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.
16	16.1	Gobernanza y Estrategia	Porcentaje de acciones implementadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera, en los establecimientos hospitalarios y de Atención Primaria de Salud.
16	16.2	Gobernanza y Estrategia	Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que diseñan y aplican instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaría en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.
17	17.1	Gobernanza y Estrategia	Porcentaje de acciones implementadas del Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2021, en el periodo.
18	18.1	Gobernanza y Estrategia	Porcentaje de acciones ejecutadas, medidas y evaluadas del Plan Comunicacional Institucional en el periodo.
19	19.1	Organización y Gestión	Porcentaje de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo.
19	19.2	Organización y Gestión	Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.
20	20.1	Organización y Gestión	Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados o acreditados.
20	20.2	Organización y Gestión	Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados.
20	20.3	Organización y Gestión	Porcentaje de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico-asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.
21	21.1	Organización y Gestión	Porcentaje de acciones de monitoreo y análisis del Índice de Ausentismo Laboral cumplidas en el periodo.
21	21.2	Organización y Gestión	Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.

22	22.1	Organización y Gestión	Porcentaje de tele-informes de mamografía derivados a Hospital Digital en el periodo.
22	22.2	Organización y Gestión	Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en las células de Dermatología, Diabetes, Geriátrica y Nefrología en el periodo.
22	22.3	Organización y Gestión	Porcentaje de avance SIDRA en implementación de Registro Clínico Electrónico en los procesos priorizados en el periodo (Agenda, Referencia/Contra-Referencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado y Tabla Quirúrgica).
22	22.4	Organización y Gestión	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.
23	23.1	Organización y Gestión	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.
24	24.1	Asignación de Recursos e Incentivos	Porcentaje de Presupuesto Devengado subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado.
25	25.1	Asignación de Recursos e Incentivos	Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.
25	25.2	Asignación de Recursos e Incentivos	Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.

**iv. Otras consideraciones:**

Respecto a este instrumento, señalar que, a contar del año 2021, este departamento una vez finalizado el periodo de evaluación de cada Corte, se remite al Director de Servicio un informe abreviado, informando resultados, incumplimientos, señales de alerta y sugerencias, a objeto que el Director requiera en caso que considere necesario la rectificación o solicitar planes de mitigación y mejora a los referentes técnicos responsables de los indicadores.

Se informa que este instrumento cuenta con respectiva Resolución Exenta (Semestral o anual) que da cuenta de los funcionarios responsables y referentes del proceso de seguimiento, cumplimiento y reporteria de compromiso de gestión asignados. Se adjuntan en anexo COMGES.

Finalmente, señalar que cada referente COMGES, posee una contraparte a nivel ministerial, por lo que las orientaciones técnicas y las particularidades, cambios o requisitos para el cumplimiento de los indicadores comprometidos, puede ser aportados por dicho referente nacional, siempre enmarcándose dentro de las OOTT del año en curso y lo dispuesto por la Subsecretaria de Redes Asistenciales.

**d. Instrumento: Estrategia Nacional de Salud SIMPO**

- i. Reseña Instrumento:** La Planificación Operativa Anual (POA) es un proceso participativo e integrado por diferentes actores cuyo fin es alcanzar la implementación adecuada de la Estrategia Nacional de Salud, teniendo presente la realidad local, las necesidades presentes en ésta y las prioridades determinadas de acuerdo al diagnóstico local.

La formulación de actividades tiene como finalidad alcanzar Resultados Inmediatos (RI) en el nivel operativo, clasificándose éstos a su vez en Resultados Inmediatos Obligatorios (RIOs) y Resultados Inmediatos Recomendados (RIRs) que obedecen a un Resultado Esperado (RE) en el nivel estratégico.

El proceso de planificación operativa anual es coordinado desde la División de Planificación Sanitaria, por el departamento de Estrategia Nacional de Salud, creado mediante Resolución Exenta N°383 de fecha 2 de julio de 2013. El departamento de Estrategia Nacional de Salud tiene entre otras funciones, el monitorear y evaluar el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud, así mismo entrega las directrices para que el proceso de planificación operativa dé cuenta de la planificación estratégica que llevan a cabo los responsables de este proceso en las regiones enfatizando la importancia del trabajo integrado y coordinado de los equipos de cada organismo (Servicios de Salud y Seremis), y del trabajo conjunto entre ambos.

Con el fin de apoyar y fortalecer el proceso de planificación operativa anual el Departamento de Estrategia Nacional de Salud ha implementado una plataforma denominada Sistema Informático de la Planificación Operativa (SIMPO), cuyo propósito es constituir una herramienta eficiente y eficaz que facilite el proceso de creación de actividades y su respectiva revisión y validación, permitiendo en el proceso poder reconocer por parte de los usuarios la articulación que existe entre la actividad formulada, la factibilidad de su realización, la relevancia de acuerdo al levantamiento de necesidades locales que se desprende del diagnóstico local y finalmente si se articula con los resultados y objetivos en la cadena de resultados. Esta plataforma sistematizada, así mismo, constituirá un repositorio de información valiosa para diferentes acciones que realicen los equipos en sus diferentes niveles.

Cabe recordar que la Estrategia Nacional de Salud corresponde al Plan que guía el accionar para la consecución de los Objetivos formulados para la década 2011-2020 (periodo anterior 2000-2010), y actualmente ya está definida la Estrategia Nacional de Salud para la década 2021-2030. En ellas se identifican Objetivos de Impacto y Resultados Esperados que dan cuenta de los desafíos propuestos para lograr una mejor salud para la población, disminuir las desigualdades, mejorar el acceso y calidad de la atención en salud.

Es importante recalcar que el fin que busca alcanzar la Planificación Operativa Anual es alinear el desarrollo operativo del sector a su Planificación Estratégica para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década, lo cual implica un desafío y esfuerzo organizacional importante, partiendo 4 por fortalecer las coordinaciones en los distintos niveles y emplear adecuadamente los instrumentos y metodologías de planificación con el fin de alinear e integrar el trabajo al logro de los resultados.

En términos generales, la planificación operativa corresponde a la formulación de actividades para el logro de los Resultados Inmediatos, los que a su vez contribuyen a la consecución de los Resultados Esperados en el nivel estratégico.

Es importante indicar que los Resultados Inmediatos, en torno a los cuales se planifican las actividades del sector, se definen a través de Lineamientos Temáticos por los equipos técnicos del nivel central, pero también cabe la posibilidad que, de acuerdo a la realidad local, se contemplen Resultados Inmediatos distintos a los expresados por los referentes nacionales.

También indicar, que, en la ejecución, el avance en la ejecución de las actividades definidas en la etapa de formulación, deberá ser informada periódicamente. Además, se deberán identificar aquellos factores que generen una inadecuada o inoportuna realización de las actividades, lo que se traducirá en la adopción de acciones preventivas o correctivas que permitan su realización en el año calendario. Es importante indicar que en el sistema de planificación operativa-POA, se debe informar la ejecución de las actividades más allá del nivel de cumplimiento que se haya realizado en las mismas.

La etapa de monitoreo, es una acción sistemática de recolección de información que permite mostrar cómo se está desarrollando la planificación en tiempos determinados. Actualmente, relativo a la Estrategia Nacional de salud, el principal uso dado al monitoreo es la reprogramación y cumplimiento de la programación, que permite corregir el cronograma de las actividades planificadas en el Plan Operativo antes de finalizar el periodo para el cual se han planificado (Plataforma SIMPO). Por ello y para apoyar este proceso es importante que cada entidad realice un seguimiento de sus planes operativos.

Por último, existe instancias de Reprogramación de actividades en cada hito de monitoreo (a excepción del último) existirá la posibilidad de reprogramar las actividades no cumplidas en el tiempo informado al principio de la Planificación, pero que se cumplirán dentro del año. Además, existe la posibilidad de agregar actividades o reiteraciones de una actividad ya programada, que no fueran consideradas como parte de la Planificación original, en la medida que se requiera, por el encargado técnico del área. Estos cambios se considerarán para efectos de los informes de monitoreo de manera de evaluar cuantas actividades son añadidas a lo largo del año.

Es importante considerar que aquellas actividades que llevan asociado presupuesto, al momento de modificar su programación, se debe realizar el movimiento del presupuesto según corresponda.

Considerando que el proceso de Planificación Operativa es dinámico, una buena planificación se caracteriza por no requerir de continuas reprogramaciones durante el año, a no ser que surjan contingencias específicas que lo justifiquen (Ejemplo: Desastre natural, Pandemia, entre otros).

## ii. **Resumen de Resultados obtenidos:**

Los resultados anuales, son determinados en la Etapa de Evaluación, que determina hasta qué punto se cumplió con el plan operativo y documentar los aprendizajes sobre el proceso de planificación con el objetivo de mejorarlo para el año siguiente. Esto en base al análisis de los Resultados Inmediatos que se han identificado como prioritarios de abordar, lo que de acuerdo a la lógica del diseño a mediano y largo plazo contribuirán al logro de los Resultados Esperados y de Impacto.

En este sentido, se recomienda que periódicamente se monitoreen los avances en el logro de los Resultados Inmediatos, de acuerdo a las actividades planificadas, de modo de responder si estas son las necesarias y suficientes de implementar, permitiendo ir anualmente mejorando la planificación.

A su vez, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud ha implementado en el SIMPO reportes automatizados de los planes operativos y el desarrollo de un módulo de monitoreo de indicadores, así como la realización de informes de análisis críticos de ciertos temas seleccionados con el fin de poder asociar lo que se desarrolla en acciones concretas y lo que se está logrando en cuanto a los resultados establecidos. Insumos que son esenciales para efectos de las evaluaciones que se quieran desarrollar en las distintas temáticas presentes en la Estrategia Nacional de Salud.

Por último, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud el Servicio certificación en forma trimestral y anual del POA anual, que le Servicio de Salud Magallanes cumple con lo establecido a cada corte del Plan Operativo de la Estrategia Nacional de Salud, reportando el avance de sus actividades para el periodo correspondiente.

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Código	Nombre	Tipo Actividad	Descripción	Línea de trabajo	Objetivo de impacto
57803	Monitorizar casos VIH positivo sin entrega de resultado	Monitoreo	Monitorear semestralmente los casos VIH positivo sin entrega de resultado y realizar seguimiento de casos de la región.	Enfermedades Transmisibles	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA
57806	Monitorizar cobertura test rápido para VIH	Monitoreo	Monitorear semestralmente cobertura de Test Rápido y disponibilidad en los Establecimientos de la Red.	Enfermedades Transmisibles	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA
57809	Monitorizar meta 90-90-90	Monitoreo	Monitorear semestralmente cobertura de usuarios en tratamiento ARV, en centro de atención de PVVIH (meta 90-90-90)	Enfermedades Transmisibles	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA
57940	Elaborar Protocolo	Otro	Elaborar en conjunto con la red asistencial, protocolo de referencia y contra referencia en salud sexual para MVVIH.	Enfermedades Transmisibles	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA
58244	Monitorizar actividades	Prevención	Realizar monitoreo de actividades relacionadas con el uso y disponibilidad de MAC LARS en población de 10-11 años en red de APS Magallanes.	Curso de Vida	Disminuir el embarazo adolescente
58247	Monitorizar actividades	Prevención	Realizar monitoreo de actividades que promuevan el uso de MAC-LARS en población adolescente de 15 a 19 años en red de APS Magallanes, ya sea a través de consejerías u otros.	Curso de Vida	Disminuir el embarazo adolescente
58248	Realizar levantamiento de información de los casos Ley 20.850 de los centros prestadores del Servicio de Salud Magallanes	Planificación	Tener registro de casos Ley 20.850 en centros prestadores del Servicio de Salud Magallanes.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles
58256	Diseñar informe en base a registro de Información de los Procesos que involucra la Ley 20.000 en el Servicio de Salud Magallanes	Monitoreo	Tener registro que detalle los procesos involucrados en la Ley 20.000 que realiza el Servicio de Salud Magallanes, ante solicitud de autoridades, fiscalías locales y/o instituto de Salud Pública	Hábitos de vida	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas
58260	Realizar Comité de Farmacia de la Red Asistencial de Magallanes	Planificación	Realizar al menos 3 sesiones del Comité de Farmacia con Jefaturas Servicio de Salud Magallanes, Químicos Farmacéuticos y Jefes de farmacia de la Red Asistencial de Magallanes para evaluación y coordinación de la Red de Farmacia del Servicio de Salud Magallanes.	Calidad de la Atención	Mejorar la calidad de medicamentos
58261	Monitorizar cobertura de control climaterio en red de APS Magallanes	Otro	Se realizara en forma semestral un seguimiento de la cobertura del control climaterio de la RED de APS Magallanes	Curso de Vida	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio
58273	Realizar supervisiones Técnicas Área farmacia	Supervisión	Realizar anualmente al menos 1 supervisión técnica general y/o tema específico de alguna área que involucre farmacia a	Calidad de la Atención	Mejorar la calidad de medicamentos

			establecimientos dependientes SS Magallanes		
58288	Monitorizar cobertura	Otro	Realizar monitoreo semestral de coberturas de controles de mujeres climatéricas con aplicación de pauta de MRS.	Curso de Vida	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio
58311	Monitorizar actividades	Otro	Realizar monitoreo de seguimiento de difusión de programas y estrategias conjuntas, salud mental, Chile crece, salud del adolescente, cardiovascular entre otros.	Hábitos de vida	Aumentar las personas con Factores Protectores de la salud
58325	Supervisar disponibilidad del stock crítico de medicamentos FOFAR	Supervisión	Supervisar la disponibilidad del stock crítico de los medicamentos pertenecientes a la canasta FOFAR en los CESFAM de la RED APS de Magallanes según lineamientos año 2021	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus
58343	Supervisar la disponibilidad de insumos de curación avanzada para pie DM2	Supervisión	Supervisar la disponibilidad de los insumos de curación avanzada para pie DM2 en los CESFAM de la RED Magallanes.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus
59379	Monitorizar las Actividades Trazadoras de APS	Monitoreo	Monitorizar trimestralmente las Actividades Trazadoras de APS, definidas por curso de vida, por cada establecimiento y comuna de la región. Observaciones: el cuarto trimestre será reportado en enero del año 2022. Asimismo, el reporte de enero consiste en la evaluación del cuarto trimestre del año 2020.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud
59498	Monitorizar Cumplimiento de Metas Sanitarias Ley 19.813	Otro	Monitorizar trimestralmente el avance de cumplimiento de de Metas Sanitarias Ley 19.813. Observación: el cuarto trimestre, será informado durante el mes de enero del año 2020.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud
59502	Monitorizar Cumplimiento Metas IAAPS	Otro	Monitorizar semestralmente el avance de cumplimiento de de Metas IAAPS. Observación: el segundo semestre será informado durante el mes de enero del año 2020. Asimismo, el reporte de enero corresponde al segundo semestre del año 2020.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud
60359	Medir ITB en pacientes Diabéticos bajo control	Monitoreo	Medición al menos una vez al año del ITB en pacientes diabéticos bajo control, que se encuentren en le piloto de curaciones avanzadas (CESFAM DAMIANOVIC y CESFAM BENCUR)	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles
60381	Elaborar Informe de acompañamiento y supervisión	Supervisión	Supervisar y acompañar a los equipos en actividades de ejercicios funcionales para Personas Mayores	Curso de Vida	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores
60388	Elaborar informe de supervisión	Supervisión	Supervisar atenciones realizadas a usuarios pertenecientes al programa dependientes severos, tanto ficha clínica como en terreno	Curso de Vida	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores

60395	Elaborar informe de supervisión	Supervisión	Supervisar Programa de Salud Integral para personas Mayores, incluyendo fichas clínicas de aplicación de EMPAM	Curso de Vida	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores
60777	Realizar Monitoreo de cobertura de los estudios de contacto	Monitoreo	Realizar monitoreo del estudio de contacto realizado a los casos índices con tuberculosis pulmonar y laríngea y niños < 15 años con TBC en todas sus formas	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
60781	Realizar Taller Regional TBC	Capacitación	Realizar taller regional de TBC a los equipos de Tuberculosis y red de salud en general, en conjunto con SEREMI salud	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
60896	Aplicar Auditoria de muerte	Monitoreo	Realizar auditoria de muerte a todos los pacientes con Tuberculosis fallecidos	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
60904	Aplicar Auditoría de Abandono a paciente en pérdida de seguimiento de tratamiento	Monitoreo	Realizar auditoria de abandono a todos los pacientes de Tuberculosis que abandonen tratamiento	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
60923	Supervisar a los Equipos Técnicos del Programa Tuberculosis de la red asistencial	Supervisión	Realizar supervisión a los establecimientos de la red con el fin de evaluar el cumplimiento de las actividades del PROCET	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
60973	Coordinar Charla educativa destinado a los pueblos originarios con enfoque preventivo ante la contingencia por COVID 19	Prevención	Generar instancias educativas vía remota dirigida a pueblos originarios y facilitadoras interculturales, donde se aborden las medidas preventivas y de auto cuidado, enfocadas a la prevención del contagio por COVID 19	Equidad y Salud en Todas las Políticas	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas
60980	jornada de capacitación salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural	Capacitación	Realizar capacitación vía remota a representantes de comunidades indígenas para prevención de enfermedades de transmisión sexual.	Equidad y Salud en Todas las Políticas	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas
60988	Monitorizar la ejecución de auditoria de muerte por neumonía	Evaluación	En el marco de las supervisiones realizadas a salas IRA y ERA de la región según programación, se realizará una revisión de las auditorías realizadas el último año con el objetivo de levantar un informe de ejecución, nodos críticos y cumplimiento de la actividad.	Enfermedades Transmisibles	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas
61055	Supervisar centros de salud APS	Evaluación	Realizar supervisión de funcionamiento de salas de rehabilitación musculoesquelética, con enfoque en la cobertura de pacientes crónicos.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la media de discapacidad
61399	Diseño , ejecución y evaluación de actividades PAC	Otro	Orientar un conjunto de actividades permanentes, organizadas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen perfeccionen competencias o actualicen los conocimientos y destrezas necesarios para el eficiente desempeño de sus funciones.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la gestión del personal del sector salud (Incluye SEREMI y Servicios de Salud)

61504	Participar en actividades intersectoriales de promoción y prevención de salud oral	Coordinación	Coordinar y participar en la Mesa de Salud Bucal de Magallanes en donde participan SEREMI de Salud, JUNJI, INTEGRAL, MINEDUC, JUNAEB, y otros actores acorde al tema a abordar.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.
61523	Organizar y participar en Feria de Salud Bucal 2021, lo anterior en conjunto con SEREMI de Salud	Coordinación	Organizar y participar en Feria de Salud Bucal 2021, lo anterior en conjunto con SEREMI de Salud Magallanes	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.
61530	Realizar visita de supervisión a los equipos del Programa Infantil de los establecimientos de APS	Supervisión	Realizar visita de supervisión a los equipos del Programa Infantil de los establecimientos de la Red de APS para la aplicación de pauta y revisión de metas e indicadores. Se consideraran aquellos que se debieron reprogramar el año anterior.	Curso de Vida	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil
61531	Verificar la incorporación y aplicación del Protocolo de Referencia y Contra referencia de Rehabilitación	Supervisión	Esto se llevará a cabo a través de supervisiones programadas, donde a través de la incorporación del citado protocolo se espera favorecer la gestión de red y reducir las listas de espera.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la media de discapacidad
61535	Monitorear registro de vacunación BCG en servicio de Maternidad HCM	Monitoreo	Realizar visita de supervisión para monitorear los registros escritos y digitales de niños/as vacunados con BCG en servicio de maternidad de Hospital Clínico Magallanes.	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
61536	Realizar seguimiento de las Rondas Interprovinciales	Monitoreo	Monitorizar semestralmente el cumplimiento de la programación y producción de las Rondas Interprovinciales. Cabe mencionar que el segundo semestre incluirá las rondas de julio a noviembre.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles
61539	Realizar informe de monitoreo del Programa "CERO"	Monitoreo	Realizar informes de monitoreo del Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), considerando los ingresos, aplicación de pauta CERO, determinación de riesgo cariogénico	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.
61540	Realizar Supervisiones a Salas de Estimulación	Supervisión	Supervisar sala de estimulación en cuanto a atención directa y realización de talleres de acuerdo a aplicación de pautas de certificación de calidad impartidas por MINSAL.	Curso de Vida	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil
61546	Realizar informe de monitoreo de entrega de kit de higiene oral y fluoraciones	Monitoreo	Realizar informes de monitoreo de entrega de kit dentales, y de la aplicación de flúor barniz en establecimientos donde se ejecuta el Programa Sembrando Sonrisas	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis



					en los más vulnerables.
61559	Ejecutar conversatorio Local Migrantes y Salud	Promoción	Realizar conversatorio vía remota con participación de profesionales referentes de la temática migrantes de la Red Asistencial de Salud y dirigido a población migrante residente en la Región de Magallanes.	Equidad y Salud en Todas las Políticas	Mejorar el acceso a salud de las personas inmigrantes
61564	Monitorizar funcionamiento mamógrafo Móvil	Monitoreo	monitorear la implementación de la estrategia de Unidad de Mamografía Móvil, en conjunto con equipo gestor del Servicio de Salud .	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer
61569	Monitorizar los requisitos mínimos de agenda en los Establecimientos de APS	Monitoreo	Monitorizar semestralmente los requisitos mínimos de agenda en cada establecimiento de APS de la red, sean dependientes del Servicio de Salud como de las Municipalidades.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles
61571	Coordinar la elaboración de Protocolo de Primera Respuesta en violencia sexual	Coordinación	Elaborar en conjunto con equipo de matronas de APS comuna de Punta Arenas, protocolo de primera respuesta frente a violencia sexual.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida
61579	Compilar los Planes de Gestión de la Demanda de los establecimientos de APS	Otro	Reunir y analizar los Planes de Gestión de la Demanda 2020, de cada establecimiento de APS dependiente del Servicio de Salud Magallanes y los dependientes de las Municipalidades.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles
61608	Realizar Cuenta Pública Participativa SSM	Participación social	Ejecutar Cuenta Pública Anual del Servicio de Salud Magallanes con incorporación de representantes comunitarios en el proceso de planificación, ejecución y evaluación.	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer la Participación Social y trabajo integrado de los directivos del Sector.
61615	Monitorizar la compensación de los pacientes con DM y evaluación de pie diabético	Monitoreo	Realizar monitoreo semestral para conocer el estado de compensación de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus y además la evaluación de pie diabético de estos pacientes.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus
61622	Actualizar Plan Emergencia Base SAMU	Prevención	Por motivo de Emergencia Sanitaria, los planes de emergencia actuales, debes ser modificados, con el fin que resguarde a nuestros funcionarios y/o usuarios al momento de presentarse una emergencia, es por esto que se actualizara el plan de emergencia de BASE SAMU	Emergencias, Desastres y Epidemias	Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias

61625	Actualizar Plan Emergencia Complejo Miraflores	Prevención	Producto de la emergencia Sanitaria, se deben actualizar los planes de emergencia, para poder abordar los temas nuevos a los cuales nos vemos expuestos en nuestro trabajo y que afectan ante una emergencia a funcionarios y/o usuarios, por esto se actualizara el plan.	Emergencias, Desastres y Epidemias	Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias
61633	Monitorear el cumplimiento de reuniones programadas en establecimientos comprometidos con análisis de reclamos	Monitoreo	Solicitar a los establecimientos comprometidos las actas de las reuniones de Comité de Gestión de Usuarios, donde se refleje el análisis de las solicitudes ciudadanas, con énfasis en los reclamos.	Calidad de la Atención	Aumentar la satisfacción usuaria
61641	Actualizar Plan de Emergencia Edificio Lautaro Navarro 829	Prevención	A consecuencia de la Emergencia Sanitaria, se debe actualizar el plan de emergencia de la dirección de Servicio.	Emergencias, Desastres y Epidemias	Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias
61644	Actualizar Plan Emergencia Edificio Lautaro Navarro 820	Prevención	A consecuencia de la Emergencia Sanitaria, se debe actualizar el plan de emergencia de la Dirección de Servicio. edificio Lautaro Navarro 820	Emergencias, Desastres y Epidemias	Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias
61647	Realizar reunión para difusión de información dirigida a funcionarios y usuarios/as TRANS, Migrantes, otros en los que es necesario promover el trato digno.	Capacitación	Capacitar a funcionarios/as y usuarios/as en conocimiento de normativa Trans, Migrantes.	Calidad de la Atención	Aumentar la satisfacción usuaria
61652	Difundir ejecución Plan Anual de Participación Ciudadana años 2021	Participación social	Difundir ejecución de actividades del Plan Anual de Participación Ciudadana en reunión Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), del Servicio de Salud Magallanes, con la finalidad de informar sobre los avances en la ejecución del Plan.	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer la Participación Social y trabajo integrado de los directivos del Sector.
61655	Informar monitoreo	Monitoreo	Monitorizar a través de un informe semestral que dará a conocer el estado de compensación de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial a los pacientes que se encuentren en el Programa de Salud Cardiovascular en los centros de salud familiar de la región de Magallanes y dará cuenta del Plan de Mejora comprometido en la región.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Aumentar la sobrevivencia de personas con enfermedades cardio-vasculares (IAM y ACV)

61663	Elaborar Plan Anual de Participación Ciudadana SSM año 2021	Participación social	Crear Plan anual de participación Ciudadana del Servicio de Salud Magallanes, con incorporación de actividades comunitarias que involucren a la Red Asistencial de Salud.	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer la Participación Social y trabajo integrado de los directivos del Sector.
61674	Incorporar a Representantes del COSOC SSM en reuniones CIRA	Otro	Se convocará a Participar a las reuniones del Consejo Integrador de la red Asistencial (CIRA), a representantes del Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) del Servicio de Salud Magallanes, con la finalidad de extender esta instancia de integración a los representantes de la ciudadanía.	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer la Participación Social y trabajo integrado de los directivos del Sector.
61675	Efectuar difusión Comunal Espacios Amigables	Promoción	Realizar material de difusión de los espacios amigables comunales (Punta Arenas y Puerto Natales) para difundir en redes sociales corporativo de SS y Corporaciones Municipales, con el fin de captar la atención e informar a la población adolescente de prestaciones, horarios y accesibilidad del espacio exclusivo y confidencial para ellos.	Curso de Vida	Disminuir el embarazo adolescente
61710	Liderar procesos de Rescate y Captación de usuarios Adolescentes	Coordinación	Coordinar rescate mensual de adolescentes inasistentes a control de Espacios Amigables y coordinar la generación de estrategias que permitan captar nuevos usuarios, en establecimientos educacionales u otros espacios de convocatoria abierta a la comunidad.	Curso de Vida	Disminuir el embarazo adolescente
61711	Capacitar a funcionarios/as en temática Transexualidad y Salud	Capacitación	Realizar Capacitación vía remota, dirigida funcionarios/as de la Red Asistencial de Salud, sobre temática transexualidad y Salud, dando a conocer normativa legal vigente relacionada al Tema (Circular N°21 y Ley 21.120).	Equidad y Salud en Todas las Políticas	Disminuir las inequidades de género
61713	Elaborar y Monitorizar Convenios Espacios Amigables comunales	Otro	Informar de la implementación de espacios amigables en las comunas designadas desde nivel central, con cupos y metas definidas.	Curso de Vida	Disminuir el embarazo adolescente
61734	Supervisar Nutricionistas APS	Supervisión	Supervisar en terrero o vía remota las actividades, prestaciones, talleres y otros realizados en consulta nutricional del 5 mes y 3 años 6 meses, entregando orientaciones o lineamientos en aquellos casos de baja cobertura.	Hábitos de vida	Mantener o Disminuir la obesidad infantil en menores de 6 años en el sector público.
61740	Supervisar Programas y Subprogramas Alimentarios	Supervisión	Supervisar y acompañar a encargados de programas alimentarios comunales de la red de salud, según norma técnica de PA	Hábitos de vida	Mantener o Disminuir la obesidad infantil en menores de 6 años en el sector público.
61916	Seguimiento documentos de garantía	Monitoreo	Revisar mensualmente de documentos en custodia, informar al Depto. de Abastecimiento detalle de los documentos	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer el financiamiento del sector

			vigentes y vencidos, contabilizar oportunamente en sistema SIGFE.		
61997	Monitorizar brechas de capacitación en prevención de IAAS para jefaturas y supervisores de áreas de atención clínica, en hospitales de la red asistencial	Monitoreo	Monitorizar el cierre de brechas de capacitación en prevención de IAAS para jefaturas y supervisores de áreas de atención clínica, en hospitales de la red asistencial	Calidad de la Atención	Aumentar la seguridad en la atención de salud
62020	Convenio de suministro de EPP	Planificación	Levantar la necesidad anual de uso de EPP en la DSSM, SAMU, H. Williams y Salud Mental Proceso de licitación y adjudicación Recepción de los productos en forma parcializada	Institucionalidad del Sector Salud	Fortalecer el financiamiento del sector
62050	Ejecutar proyecto de atención primaria	Otro	Cumplir con el 100% de lo programado en la ejecución de obras civiles respecto de la ejecución real para el año 2021.	Institucionalidad del Sector Salud	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud
62312	Participación en reuniones del equipo de trabajo de tuberculosis local como referente de la Red de Urgencia del SSM	Planificación	Asistir a reuniones de equipo de trabajo de tuberculosis local como referente de la Red de Urgencia del SSM	Enfermedades Transmisibles	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública
64011	Monitorear cronograma de consultorías en infantil y adulto	Otro	Crear y monitorizar cronograma de consultorías de especialidad de salud mental a nivel regional y monitorear cumplimiento.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental
64013	Crear planilla de patologías crónicas recurrentes	Otro	Elaborar planilla Excel con las principales patologías de Salud Mental, con mayor abandono en el nivel secundario	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental
64103	Sociabilizar Cápsula de Prevención en Factores de Riesgo de Salud Mental	Prevención	Por medio de una cápsula, socializada en redes sociales, se darán a conocer indicadores de riesgo, que de cronificarse, pudiesen generar una alteración en el desarrollo psíquico esperado de niños y niñas, para contribuir con un acceso oportuno y derivación, en los casos pertinentes.	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental
64114	Actualizar Protocolo de Referencia y Contra referencia de Usuarios Beber Problema	Otro	Se gestionará revisión y actualización del protocolo vigente (año 2011), a diferentes actores de los distintos niveles de la Red de Salud Mental, incorporando las modificaciones que han ocurrido en la Red, definición de tiempos asociados a cada proceso de la atención y de acciones específicas que permitan dar cumplimiento a las estrategias planteadas.	Hábitos de vida	Reducir el consumo de alcohol en población de 15 a 24 años
61388	Reunión Coordinación Rondas Ecotomografía	Coordinación	Reunión con Médicos Radiólogos y Encargados de Imagenología de los hospitales provinciales.	No ENS	Reducir y controlar las listas de espera

61392	Reunión Coordinación RIS-PACS	Coordinación	Reunión entre TI SS Magallanes y Referentes de la Red Asistencial (Imagenología y TI)	No ENS	Implementar tecnologías de información, con énfasis en el acercamiento de atención a las personas
61394	Gestión Sistemas de Información de Laboratorio en la Red Asistencial	Coordinación	Reuniones de revisión de estado de integración y comunicaciones entre los laboratorios clínicos de la Red Asistencial	No ENS	Implementar tecnologías de información, con énfasis en el acercamiento de atención a las personas
62336	Transferencias Aporte Estatal del Per-Cápita y Costo Fijo	Otro	Validar la distribución del aporte estatal de acuerdo al decreto Ministerial. Informar y distribuir el presupuesto del aporte estatal por comuna. Realizar las transferencias mensuales de los recursos APS Municipal de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud a cada comuna. Llevar registro y control de todas las transferencias.	No ENS	Procurar un adecuado financiamiento de la APS Municipal

iv. **Otras consideraciones:**

En el Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa -SIMPO-, se encuentran Manuales y Guías, e información relevante respecto del avance de la ENS en los periodos correspondientes.

e. **Instrumento: Evaluación Establecimiento Autogestionado (EAR) Balance ScoreCard**

- i. **Reseña Instrumento:** La Ley N°19.937, sobre Autoridad Sanitaria, introdujo cambios en la organización del sistema público de salud, uno de los cuales fue la creación de la figura de “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo objetivo fundamental fue mejorar la eficiencia de los hospitales más complejos del país (ex tipo 1 y 2), mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades a los Directores de éstos, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros. La misma Ley, estableció los requisitos necesarios para obtener la calidad de establecimiento autogestionado en red, los mecanismos para la obtención de dicha calidad y las atribuciones del director. Todo se reglamentó mediante el D.S. N°38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) deben cumplir con una serie de requisitos, los cuales se enuncian en los artículos 16 y 18 del D.S. N°38 de 2005. El cumplimiento de ellos debe certificarse anualmente, mediante las instrucciones que defina de manera conjunta los Ministerios de Salud y Hacienda. Fundamentalmente, las exigencias impuestas a los hospitales pretenden comprobar si han alcanzado los resultados esperados definidos desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales en sus lineamientos estratégicos.

Desde el año 2011, se cuenta con un instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red, basado en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), la que se destaca por ser una herramienta de control de gestión que ordena y proporciona una estructura para transformar una estrategia a términos operativos, para ello recoge un conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad.

A mediados del 2018, se conformó un Comité Interministerial y un Departamento de Eficiencia Hospitalaria, que entre sus principales funciones se encuentra el monitoreo a los establecimientos en su gestión integral, de manera que el BSC hospitalario no constituya únicamente un instrumento de medición anual, sino que se convierta en un medio para mejorar y optimizar la eficiencia en la gestión hospitalaria, considerando la sustentabilidad financiera, la eficiencia operacional, la gestión en red y la calidad de atención de los usuarios.

La versión 2021 del instrumento de evaluación contiene 34 indicadores y la nueva versión año 2022 cuenta con un total de 40 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos y resultados que un establecimiento hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa.

Dichos indicadores, hacen referencia a todas las estrategias que se desean impulsar en estos hospitales: (1) Sustentabilidad financiera, (2) Eficiencia operacional, (3) Gestión asistencial en red y (4) Calidad de la atención. De esta manera, el instrumento constituye una efectiva herramienta de gestión a nivel hospitalario y, en consecuencia, de la red de salud.

Para el año 2022 se mantiene el enfoque en indicadores de resultados y se incorpora el concepto de segmentación de metas en algunas mediciones, según cartera de servicios (institutos de especialidad, pediátricos, hospital general) y según cada realidad local (línea base). Considerando, además un escenario aún marcado por los efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19, que impactó de gran manera en los periodos 2020 y 2021 a los principales procesos (clínicos, logísticos, financieros y de recursos humanos) de los establecimientos de la red asistencial.

Es importante mencionar, que su aplicación contempla mediciones mensuales y una evaluación anual, a fin de favorecer la aplicación de intervenciones correctoras de manera oportuna, en caso de detectarse déficit en los valores presentados por los indicadores.

Respecto al proceso de evaluación, señalar que este es guiado y referido por el “Instrumento Técnico de evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red”, tal y como lo señala el art. N°17 del D.S. N°38 de 2005, el cual ha sido elaborado de manera conjunta por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

En relación a los requisitos mínimos que los establecimientos Autogestionados deberán cumplir para aprobar la evaluación anual son:

1. Obtener un porcentaje mayor o igual a 75% del puntaje total exigido de los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) hospitalario.
2. Cumplir con el 100% de los requisitos establecidos en los Artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 de 2005.

A su vez, según los Artículos 16 y 18 siguientes, del Decreto N°38 de 2005, serán exigibles de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en el proceso de evaluación anual.

Finalmente, respecto a la metodología de cálculo en el puntaje y resultados finales, esta corresponderá de acuerdo a lo establecido en cada ficha técnica de los indicadores, las cuales pueden ser: 1) Cumplimiento según estándar exigido, entregando puntuaciones de 0 a 4 según tabla de sensibilidad, 2) Cumplimiento según comparación con línea base y estándar exigido, entregando puntuaciones de 0 a 4 según tabla de sensibilidad.

ii. **Resumen de Resultados obtenidos:**

El proceso de evaluación anual se realiza a través del módulo AG de la plataforma digital informática SIS-Q del Departamento de Eficiencia Hospitalaria de la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, además se debe constatar en terreno los medios verificables de los resultados de los indicadores del instrumento de evaluación BSC a través del gestor documental de la plataforma SIS-Q, medios impresos y otros digitales y finalmente la constatación en terreno de los verificables de los requisitos de los artículos n° 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 a través de medios impresos u digitales.

A continuación, se informa, resultados finales anuales para el Hospital Clínico Magallanes, el cual corresponde al único establecimiento Autogestionado en Red de este Servicio de Salud Magallanes a contar del 2018 al 2021:

<b>Resultados Evaluación EAR año 2018</b>	
Requisito	Resultado Final
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	<b>76,11%</b>
Cumplimiento Artículo 16 y 18 del D.S 38	No cumple: Art 16a, Art 16c, Art 16d, Art 16e, Art 16g, Art 16i y Art. 18e

Total Puntaje Obtenido BSC / Puntaje que aplica	137 /180
Cantidad de requisitos cumplidos Artículos 16 y 18 D.S 38	10 de 17

<b>Resultados Evaluación EAR año 2019:</b>	
Requisito	Resultado Final
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	<b>73,65%</b>
Cumplimiento Artículo 16 y 18 del D.S 38	No cumple: Art 16c, Art 16d, Art 16e, Art 16i

Total Puntaje Obtenido BSC / Puntaje que aplica	109 /148
Cantidad de requisitos cumplidos Artículos 16 y 18 D.S 38	13 de 17

<b>Resultados Evaluación EAR año 2020:</b>	
Requisito	Resultado Final
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	<b>95,00%</b>
Cumplimiento Artículo 16 y 18 del D.S 38	No cumple: Art 16a y Art 16e

Total Puntaje Obtenido BSC / Puntaje que aplica	95 /100
Cantidad de requisitos cumplidos Artículos 16 y 18 D.S 38	14 de 16

<b>Resultados Evaluación EAR año 2021:</b>	
Requisito	Resultado Final
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	<i>En evaluación</i>
Cumplimiento Artículo 16 y 18 del D.S 38	<i>En evaluación</i>

Total Puntaje Obtenido BSC	<i>En evaluación</i>
Total Puntaje que aplica BSC	<i>En evaluación</i>
Porcentaje cumplimiento indicadores BSC	<i>En evaluación</i>

Al analizar los resultados de los últimos tres años de evaluación, se aprecia que en ninguna de estas se ha logrado cumplir con el 100% en los requisitos establecidos en los Artículos 16 y 18 del Decreto Supremo N°38 de 2005, estando obligado el Hospital Clínico de Magallanes a presentar Planes de Ajuste y Contingencia (PAC), los cuales han sido revisados y aprobados en conjunto por la SSRA y DIPRES, implementados y evaluados luego de transcurridos 120 días, siempre aprobados para el año 2018, 2019 y quedando pendiente el resultado de plan de ajuste año 2020 y la evaluación final del año 2021.

Respecto al punto anterior y la presentación de plan de ajuste, se informa como antecedente que según el Art 28 del D.S. N° 38 de 2005, “La no presentación del plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento Autogestionado, el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley”.

Al comparar por otra parte, el porcentaje de cumplimiento del Balance ScoreCard se observa una mejoría entre los años 2018 -2019 y el año 2020, el cual culmina con un aumento cercano a los 20 puntos porcentuales, además de lograr disminuir la cantidad de artículos incumplidos del D.S N°38 del 2005. Finalmente es relevante destacar que, el mejor resultado observado en el año 2020, se dan en un contexto adverso en el entendido que dicho establecimiento debió enfrentar la carga asistencial de toda la Región de Magallanes producto de la pandemia asociada al virus SARS-CoV-2, destinándose y convirtiéndose por definición de la red, en el Hospital de referencia COVID, el cual recibió durante casi un año a todos los usuarios/as portadores de esta patología en la red asistencial del Servicio de Salud Magallanes, sin desatender los compromisos e indicadores del EAR año 2020, lo cual puede interpretarse como un logro en la gestión hospitalaria del Hospital Clínico Magallanes.

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Indicadores BSC 2021	
Sigla	Nombre Indicador
A.1.1	Porcentaje de cumplimiento de compras de la Canasta Esencial de Medicamentos (CEM) a través de CENABAST
A.1.1.3	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo
A.1.2.3	Variación del gasto en compra de servicios
A.1.2.4	Ajuste del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente
A.1.3	Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios
A.3.1.1	Porcentaje de Devengamiento de los documentos tributarios Electrónicos (DTE) recibidos en la plataforma ACEPTA
A.3.1.2	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos
A.3.1.6	Porcentaje de cumplimiento de medicamentos mermados
A.3.1.7	Porcentaje de cumplimiento de actividades de gestión de residuos de establecimientos autogestionados en red (REAS)
A.4.1.1	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista
A.4.1.2	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación Total de Consultas Médicas de Especialidad Realizadas por Telemedicina
B.2.3	Índice de ausentismo y porcentaje de acciones implementadas del plan de abordaje y prevención
B.3.1.1	Porcentaje de Ambulotorización de Cirugías Mayores Ambulotorizables
B.3.1.3	Índice Funcional
B.3.1.4	Porcentaje de Egresos con estadía prolongada superior



B.3.1.5	Porcentaje de horas ocupadas de quirófano habilitados
B.4.1.2	Porcentaje de Pacientes Atendidos dentro del estándar en Unidades de Emergencia Hospitalaria
B.4.1.3	Porcentaje de Abandono de Pacientes del Proceso de Atención Médica en Unidades de Emergencia Hospitalaria
B.4.1.4	Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas
B.4.1.5	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas
C.3.1	Porcentaje de notificación y pesquisa de posibles donantes de órganos en UEH, UPC y UCI, UTI adulto y pediátrica
C.4.1.1	Porcentaje de cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red
C.4.1.2	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad
C.4.1.3	Variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica
C.4.1.4	Variación del promedio de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica
C.4.2	Porcentaje de Estrategias Implementadas según lo acordado con el Consejo Consultivo de Usuarios
C.4.3.1	Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria
C.4.3.4	Porcentaje de cumplimiento del envío de contra referencia al alta de especialidad médica
D.1.2	Porcentaje de cumplimiento de requisitos del plan de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
D.3.2	Porcentaje de cumplimiento consistencia de registros estadísticos mensuales
D.3.2.1	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos del programa de calidad y seguridad de la atención
D.3.2.2	Porcentaje de Compromisos Suscritos e Implementados, producto de una Auditoría
D.4.1.2	Porcentaje de despacho de receta total y oportuno
D.4.1.6	Porcentaje de reingresos urgentes de pacientes antes de 7 días

<b>Artículo N°16 del D.S N°38</b>	
<b>Requisito Artículo N° 16</b>	<b>Elemento verificador</b>
Art. 16a.- Demuestra la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumple con las obligaciones establecidas	1. Cumplimiento total (4 puntos) del indicador C.4_3.4 Porcentaje de cumplimiento del envío de contrarreferencia al alta de especialidad médica.
Art. 16b.- Está registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos el Establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.	1. Reporte emitido por el Departamento de Calidad, DIGERA, en el cual informa estado de Acreditación de los establecimientos de acuerdo a Superintendencia de Salud (vigente, solicitada, asignada, en espera de evaluación).

<p>Art. 16c.- Tiene un Plan de Desarrollo Estratégico para el Establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que considera, a lo menos, los siguientes aspectos: -. Política y plan de acción de Recursos Humanos -. Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria. -. Plan de Gestión Clínica y Administrativa. -. Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos. -. Plan de Actividades de Auditoría interna -. Sistemas de Planificación y Control de Gestión. -. Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.</p>	<p>1. Resolución de Planificación Estratégica del EAR. En caso de que haya vencido, se otorga sólo un año más de prórroga.</p>
<p>Art. 16d.- Cuenta con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.</p>	<p>1. Documento de Plan Anual de Actividades y/o resolución. 2. Documento de Plan anual de Inversiones y/o resolución.</p>
<p>rt. 16e.- Mantiene el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.</p>	<p>1. Certificado emitido por la División de Presupuesto que dé cuenta del cumplimiento del equilibrio financiero y de una deuda menor a 60 días. Este certificado debe indicar el resultado del equilibrio financiero y el resultado de la deuda menor a 60 días (detallando el monto menor a 60 y mayor a 60 días), para este último, el dato será extraído del “Anexo 3 Servicios de Salud enviado a FONASA sobre Antigüedad de la Deuda”. En caso de obtener deuda mayor a 60 días debe enviar las gestiones realizadas ante Servicedesk, a autogestion@minsal.cl a más tardar el 2 de marzo.</p>
<p>Art. 16f.- Tiene sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.</p>	<p>1. Cumplimiento total (4 puntos) del indicador A.3_1.2 “Porcentaje de cumplimiento en oportunidad, calidad y análisis del Sistema de Costos”.</p>
<p>Art. 16g.- Cumple con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.</p>	<p>1.- Certificado emitido por Digera Minsal que contenga el cumplimiento de garantías GES (consolidado anual) detallando las garantías cumplidas, exceptuadas, incumplidas atendidas, incumplidas no atendidas y retrasadas.</p>
<p>Art. 16h.- Tiene implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de la ley Nº 18.469, procedimientos de cobro.</p>	<p>1.-Planilla de cumplimiento de articulado 16h, 16 i y 16j certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).</p>
<p>Art. 16i.- Cuenta con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo, deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.</p>	<p>1.-Planilla de cumplimiento de articulado 16h, 16 i y 16j certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).</p>

Art. 16j.- Existe en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.	1.-Planilla de cumplimiento de articulado 16h, 16 i y 16j certificada por el Director de Establecimiento (no se debe adjuntar documentación de respaldo).
---	---

Artículo N°18 del D.S N°38	
Requisito Artículo N° 18	Elemento verificador
Art. 18a.- Desarrolla el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red.	1.- Certificado del Gestor de Red.
Art. 18b.- Atiende beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los Establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales (SSRA).	1.- Certificado del Gestor de Red.
Art. 18c.- Mantiene sistemas de información compatibles con la Red correspondiente, los que serán determinados por el SSRA.	1.- Certificado del Gestor de la Red.
Art. 18d.- Entrega la información estadística, de atención de pacientes y cualquiera otra información de salud que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio, la Superintendencia de Salud, los Establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.	1.- Certificado del Gestor de la Red.
Art. 18e.- Cuenta con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumple con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.	1.- Reporte emitido por referente de Lista de Espera, Digera, Minsal con el cumplimiento de los indicadores C.4_1.2, C.4_1.3 y C.4_1.4
Art. 18f.- Da cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.	1.- Certificado del Gestor de la Red.
Art. 18g.- Efectúa auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.	1.- Informe o planilla de cumplimiento del plan de auditoría.

**iv. Otras consideraciones:**

Este instrumento contempla una etapa de evaluación cruzada de los medios de verificación locales respecto a los resultados de los indicadores del instrumento de evaluación BSC y requisitos del Art.16 y Art.18, proceso que es llevado a cabo por referentes del Servicio de Salud Magallanes, en donde se contrastan los medios de verificación presentados por el establecimiento autogestionado, instancia que producto a la pandemia se realizó y realizará de manera digital para los años 2020 y 2021 respectivamente .

Al igual que la gran mayoría de los instrumentos de gestión, existen instancias de apelación por parte del establecimiento las cuales se dirigen al Ministerio de Salud.

Los establecimientos que aprueban la evaluación anual EAR, sus directivos ADP recibe asignación de cumplimiento y los EAR que reprobaban deben elaborar plan de ajuste y contingencia (PAC)

Finalmente, tal como se menciona en la reseña este instrumento es monitorizado y evaluado en plataforma digital SIS-Q.

## f. Instrumento: Convenios de Desempeño Alta Dirección Pública

### i. Reseña Instrumento:

El Convenio de Desempeño (CD) es un instrumento de gestión que orienta al alto directivo público en el cumplimiento de los desafíos que le exige su cargo y le fija objetivos estratégicos de gestión por los cuales éste será retroalimentado y evaluado anualmente y al término de su período de desempeño. Es un instrumento que facilita la rendición de cuentas efectiva y transparente tanto al ministro/a del ramo o jefe/a superior de servicio, según corresponda, así como a la ciudadanía.

El convenio debe ser el producto de un diálogo estratégico entre el superior jerárquico y el alto directivo nombrado, mostrando en el diseño de sus objetivos y metas el aporte clave que el directivo hará a la institución, para conducirla a un estadio de mayor calidad, eficacia y eficiencia.

Su contenido debe reflejar los desafíos del cargo y lineamientos para el convenio de desempeño establecidos en el perfil del cargo, y estar en coherencia con las definiciones de política pública, estratégicas sectoriales, institucionales y presupuestarias, que garanticen el buen funcionamiento de la institución. En el caso de los altos directivos públicos del segundo nivel jerárquico, sus compromisos deberán garantizar una coherencia con los compromisos establecidos para el primer nivel jerárquico y el buen funcionamiento del servicio, lo anterior, en concordancia con lo establecido en la ley 19.882 y en las modificaciones contenidas en la Ley 20.955.

La Dirección Nacional del Servicio Civil provee asesoría técnica tanto a la autoridad como a los directivos públicos en el proceso de elaboración, suscripción, y evaluación de los convenios de desempeño, siendo fundamental el rol de la contraparte técnica del Ministerio (cargos de I nivel jerárquico) o Representante de Servicio (cargos de II Nivel Jerárquico), para la elaboración de este convenio.

El proceso de evaluación del alto directivo público parte cada año con el envío del *Informe de Desempeño* por parte del directivo, donde éste da cuenta del cumplimiento de cada una de las metas comprometidas para su año de gestión. En caso de que existan desviaciones o aspectos que especificar, éstos deben señalarse en dicho informe. Posteriormente, la autoridad respectiva efectúa una revisión del informe enviado por el directivo, indicando si está o no conforme con los resultados de la evaluación a través de una *Resolución Aprobatoria*, donde se debe indicar el porcentaje de aprobación anual del convenio del directivo, y la fecha y forma en que se llevó a cabo la retroalimentación durante dicho periodo. Para efectos de registro en la hoja de vida del directivo, la información del porcentaje anual de aprobación del convenio debe ser *enviada a Servicio Civil* a través de oficio o mediante copia de la resolución. Dependiendo de la fecha de nombramiento del directivo, le corresponderán determinados plazos para llevar a cabo el proceso de evaluación.

Respecto a la responsabilidad en la evaluación, los cargos ADP Nivel I son evaluados por el Subsecretario de Redes Asistenciales, en el caso de los cargos Nivel II Directores de Establecimiento son evaluados por el Jefe Superior de Servicio, y para los cargos ADP Nivel II dentro de un establecimiento Hospitalario, la evaluación se llevará a cabo por el Director de dicho establecimiento.

El monitoreo y evaluación ADP, se realiza por plataforma SICDE del Servicio Civil, y tienen acceso a ella los directivos ADP adjudicados, y los referentes ADP de los Servicio de Salud y Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Estos convenios se suscriben por un periodo de 3 años a contar del nombramiento, el cual se renueva anualmente y posee dos instancias de evaluación, la primera a los 6 meses de gestión denominándose “Autoevaluación ADP” y la segunda instancia de evaluación anual a los 12 meses de gestión.

Esta Dirección de Servicio posee plantas de cargos ADP nivel I (Director de Servicio de Salud Magallanes) y Nivel II jerárquico (Director del Hospital Clínico Magallanes, Subdirector Administrativo Hospital Clínico Magallanes, Subdirector Médico Hospital Clínico Magallanes, Director Hospital de Puerto Natales y Subdirector Médico Hospital de Puerto Natales) de los cuales durante estos últimos 4 años, se trabajaron, monitorizaron y evaluaron un total de 4 convenios de desempeño ADP:

1. Director de Servicio de Salud Magallanes (Inhabilitado y cerrado por renuncia)
2. Director Hospital Clínico de Magallanes (Vigente)
3. Subdirector Administrativo Hospital Clínico de Magallanes (Vigente)
4. Director de Hospital de Puerto Natales (Inhabilitado y cerrado por renuncia)

## ii. **Resumen de Resultados obtenidos:**

En este ítem se informarán los resultados de los 4 convenios ADP que se suscribieron con el Ministro de Salud o con el Servicio de Salud Magallanes (Nivel II), entre el año 2019 y 2021, respecto a la evaluación anual a los directivos.

En el caso del Directivo ADP nivel I, el resultado final se informa por acto administrativo Resolución Exenta del Ministro de Salud y en el caso de Nivel II por el Director del Servicio de Salud Magallanes o Director de Establecimiento Hospitalario, en donde debe incorporarse el informe de evaluación del convenio de desempeño de la Alta Dirección Pública, informando año de evaluación.

### 1. **ADP Nivel I de Jerarquía**

<b>1. Convenio ADP Nivel I Jerárquico D. Nelson Reyes Silva</b>			
Periodo de Evaluación	Periodo evaluado	Resultado Autoevaluación	Resultado Final
07-03-2019 - 07-03.2020	12 meses	83,03%	73%
07-03-2020 – 07-03-2021	12 meses	66,46%	100%*
07-03-2021 – 07-03-2022	7 meses	64,3%**	Sin evaluación por renuncia

\* Resultado final con ponderación a la causa externa de la pandemia por COVID como justificación.

\*\* Resultado corresponde al monitoreo del séptimo mes de evaluación y final por renuncia.

Este convenio de desempeño presenta 6 objetivos generales y 10 indicadores específicos.

Como se observa en la tabla, el tercer año de evaluación del Convenio de Desempeño de D. Nelson Reyes Silva, contempló la evaluación de los meses de marzo 2021 a septiembre del 2021, instancia en la que renuncia y por ende se inhabilita el convenio ADP suscrito. En particular, para este convenio, el Departamento de Apoyo a la Gestión realizaba un monitoreo mensual de los indicadores, además de la entrega de informe mensuales a la jefatura dando cuenta de estados de avance, señales de alerta, consideraciones y propuestas de mejora.

## 2. ADP Nivel II de Jerarquía

<b>1. Convenio ADP Nivel II Jerárquico D. Ricardo Contreras Faundez</b>			
Periodo de Evaluación	Periodo evaluado	Resultado Autoevaluación	Resultado Final
12-08-2019 - 12-08.2020	12 meses	63,65%	95,5%
12-08-2020 – 12-08-2021	12 meses	100%*	100%*
12-08-2021 – 12-08-2022	6 meses	En evaluación	Pendiente

\* Resultado autoevaluación y final con ponderación contemplando la causa externa de la pandemia por COVID.

Este convenio de desempeño presenta 6 objetivos generales y 10 indicadores específicos, corresponde al Director del Hospital Clínico Magallanes y se encuentra en vigente en SICDE.

La retroalimentación de evaluación a los 6 meses del Director del Hospital Clínico corresponde al 28 de febrero del año en curso, por lo que se encuentra en proceso de carga a plataforma SICDE.

<b>2. Convenio ADP Nivel II Jerárquico D. Marcelo Torres Mendoza</b>			
Periodo de Evaluación	Periodo evaluado	Resultado Autoevaluación	Resultado Final
01-06-2020 - 01-06.2021	12 meses	97,00%	97,00%
01-06-2021 – 01-06-2022	6 meses*	95%**	En evaluación
01-06-2022 – 01-06-2023	Pendiente	Pendiente	Pendiente

\* Autoevaluación a los 6 meses de gestión

\*\*Resultado presentado a proceso de autoevaluación

Este convenio de desempeño presenta 4 objetivos generales y 8 indicadores específicos, corresponde al Subdirector Administrativo del Hospital Clínico Magallanes y se encuentra en vigente en SICDE.

<b>3. Convenio ADP Nivel II Jerárquico D. Darwin Letelier Escobar</b>			
Periodo de Evaluación	Periodo evaluado	Resultado Autoevaluación	Resultado Final
01-02-2021 - 01-02.2022	6 meses	84,02%	84,02%
01-02-2022 – 01-02-2023	No aplica	No aplica	No aplica
01-02-2023 – 01-02-2024	No aplica	No aplica	No aplica

Este convenio de desempeño presenta 6 objetivos generales y 10 indicadores específicos, corresponde al Director del Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos de Puerto Natales, el cual a contar del mes de septiembre del año 2021 se encuentra renunciado y por ende el convenio inhabilitado y cerrado.

Se alcanza a realizar la retroalimentación a la autoevaluación de los 6 meses de gestión previo a la renuncia del directivo.

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Indicadores comprometidos ADP Nivel I Director de Servicio de Salud Magallanes		
N° Indicador	Nombre Indicador	Meta
1.1	Porcentaje de Gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red	100% (99,5% cumple 100%)
1.2	Disminución del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base	Reducción del promedio de días de espera en un 5%
1.3	Porcentaje de personas en lista de espera quirúrgica con tiempo de espera mayor a dos años, en relación al periodo t-1	X = 0,0%
2.1	2.1.a.- Porcentaje de cumplimiento de compras en <u>cantidad</u> de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	≥ 80%
2.1	2.1.b.- Porcentaje de cumplimiento de compras en <u>monto</u> de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	≥ 60%
3.1	3.1.A-Porcentaje de Cumplimiento de las actividades comprometidas según cronograma de la cartera de inversiones en el año t.	3.1 A (80%) +3.1 B (20%) >= 90% Meta 3.1A >= 90% Meta 3.1B >= 95%
3.1	3.1.B-Porcentaje de presupuesto ejecutado respecto del presupuesto asignado para los proyectos de inversión comprometidos para el año t.	
4.1	Coefficiente de ajuste presupuestario en la ejecución del Subtitulo 21	$X(t+1) \leq X(t) - 0,020$ (50%)
4.1	Informe de Análisis	Informa de Análisis (50%) (100%)
5.1	Porcentaje de Cumplimiento de las actividades del Programa de Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, conciliación/cuidados infantiles y buen trato laboral.	100% Ejecución de actividades del <u>ámbito del buen trato laboral</u> incluidas en el plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud
6.1	Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA	100%
6.2	6.2.A-Subindicador Funcionalidad adulto mayor.	≥ LB+5% (8,32%)
6.2	6.2.B-1. Educación especial en adulto mayor. Porcentaje que completan ciclo	80%
6.2	6.2.B-2. Educación especial en adulto mayor. Porcentaje que participan respecto de la PBC.	10%
6.3	Prevención del Cáncer de Mama	70% cobertura grupo etario

<b>Indicadores comprometidos ADP Nivel II Director del Hospital Clínico Magallanes</b>		
N° Indicador	Nombre Indicador	Meta
1.1	Porcentaje de casos GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.	100% (99,5% cumple 100%)
1.2	Disminución del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base	Reducción del promedio de días de espera $\geq 5\%$ . LB=483 días (PDE $\leq 458$ días)
1.3	Porcentaje de personas en lista de espera quirúrgica con tiempo de espera mayor a dos años a la fecha del cumplimiento del periodo a evaluar	X = 0,0%
2.1	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	$\geq 99\%$
2.2	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	$\leq 7\%$
3.1	Mantener la concentración de la Deuda. bajo los 45 días	% de deuda sobre 45 días $\leq 45\%$
3.2	Porcentaje de compras vía licitación tipo L1 y trato directo.	$\leq 15\%$
4.1	Porcentaje de Cumplimiento de las actividades del Programa de Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, conciliación/cuidados infantiles y buen trato laboral.	100%
5.1	Porcentaje de actividades del HCM en Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA	100%
5.2	Porcentaje de ejecución del Programa de especialistas en Rondas Médicas y consultorías de especialidades.	100% entrega programa 2020-2021. 90% ejecución actividades

<b>Indicadores comprometidos ADP Nivel II Subdirector Administrativo del Hospital Clínico Magallanes</b>		
N° Indicador	Nombre Indicador	Meta
1.1	Porcentaje de Recaudación de Ingresos Propios	Indicador 1.1.A: $\geq 90\%$ Indicador 1.1.B: $\geq 35\%$
1.2	1.2 Coeficiente de cumplimiento del Equilibrio Financiero	$\leq 1,030$
2.1	Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	$\geq 80\%$
2.2	Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	$\geq 80\%$
2.2	Porcentaje del número de compras vía licitación tipo L1 y monto de trato directo	$\leq 15\%$
3.1	Porcentaje de Cumplimiento en Oportunidad y Calidad del Sistema de Costos.	$\geq 95\%$



3.2	Porcentaje de Cumplimiento del “Plan Trienal Control del Gasto”	100%
4.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora Trienal para la optimización de la producción, en base a indicadores de GRD y en el contexto del convenio del Acuerdo de Gestión con FONASA	100%

Indicadores comprometidos ADP Nivel II Director Hospital de Puerto Natales		
N° Indicador	Nombre Indicador	Meta
1.1	Porcentaje de casos GES, en los que se cumplen las garantías de oportunidad en el año t.	100% (99,5% cumple 100%)
1.2	Disminución del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base	Dependerá del % de la variación entre el promedio de días LEQ nacional y LEQ Hospital (LB).
2.1	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	$X \geq 95\%$
2.2	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	$\leq 7\%$
3.1	Porcentaje de cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista.	$\geq 95\%$
4.1	4.1.a.- Porcentaje de cumplimiento de compras en <u>cantidad</u> de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST	$\geq 80\%$
4.1	4.1.b.- Porcentaje de cumplimiento de compras en <u>monto</u> de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	$\geq 60\%$
4.2	Número de licitaciones L1 en el período del Total de licitaciones en el periodo.	$(\%L1 \times 0,5) + (\%TD \times 0,5) \leq 15\%$
4.2	Monto de compras vía Trato Directo en el período/Total monto de órdenes de compra en el período.	
5.1	Porcentaje de Cumplimiento de las actividades del Programa Trienal de Calidad de Vida Laboral en los ámbitos de salud del personal, conciliación/cuidados infantiles y buen trato laboral.	Año 1: 100% Ejecución de actividades del ámbito de salud del personal incluidas en el plan de calidad de vida laboral.
6.1	Porcentaje de actividades del Hospital en la Gestión de la demanda de atención primaria a especialidades desde el CIRA	100%
6.2	Prevención del Cáncer de Mama	70% cobertura grupo etario

iv. **Otras consideraciones:**

En relación a los convenios ADP, cabe destacar que estos se vieron afectados por la situación de alerta sanitaria pandemia virus SARS-CoV-2, por defecto, los indicadores y las metas que se incorporan en la suscripción de estos convenios no consideraron esta variable y por ende para la instancia de evaluación, esta causa externa tomó valor como parte de la justificación al incumplimiento de los indicadores comprometidos, en particular los asociados a capacidad productiva de los establecimientos, vale decir garantías GES, actividad quirúrgica y consultas médicas de especialistas, entre otros.

A la fecha, están vigentes los convenios ADP Nivel II Jerárquico del Hospital Clínico Magallanes, quedando pendiente a la fecha la definición del concurso ADP del Director del Hospital de Puerto Natales.

g. **Instrumento: Gestión del Riesgo Servicio de Salud Magallanes - Matriz de Riesgo**

- i. **Reseña Instrumento:** La Gestión de Riesgos es un proceso estructurado, consistente y continuo implementado a través de toda la organización para identificar, evaluar, medir y reportar amenazas y oportunidades que afectan el poder alcanzar el logro de sus objetivos. Todos en la organización juegan un rol en el aseguramiento de éxito de la Gestión de Riesgos, pero la responsabilidad principal de la misma recae sobre la Dirección de la institución. La Gestión de Riesgos es un proceso iterativo que debe contribuir a la mejora organizacional a través del perfeccionamiento de los procesos, con la finalidad que las organizaciones gubernamentales mejoren sus procesos y maximicen las posibilidades de cumplir sus metas y objetivos en forma adecuada, lo anterior, considerando el levantamiento de procesos de la institución; la identificación, análisis y valorización de los riesgos críticos y sus controles y, en especial, la formulación de medidas de tratamiento de dichos riesgos.

A contar del año 2014, el enfoque metodológico se basa principalmente, pero no en forma exclusiva, en las Normas Chilenas NCh-ISO 31000:2012, Gestión del Riesgo - Principios y Orientaciones, NCh-ISO 31010:2013, Gestión del Riesgo - Técnicas de Evaluación del Riesgo, NCh-ISO Guía 73:2012, Gestión del Riesgo – Vocabulario y NCh-ISO 31004:2014 Gestión del Riesgo – Orientación para la implementación de ISO 31000. Todas estas, emitidas por el Instituto Nacional de Normalización (INN), organismo que tiene a su cargo el estudio y preparación de las normas técnicas en Chile.

Hay que relevar, que cada organización gubernamental debe tener implementado un Proceso de Gestión de Riesgos que sea útil para identificar y gestionar aquellos eventos que puedan afectar el logro de sus objetivos estratégicos y misión institucional. Para ello deben aplicarse todas las fases que se definen en el presente Documento Técnico, con la finalidad de tener una gestión de riesgos sólida.

Periódicamente, el Consejo de Auditoría podrá solicitar algunos reportes derivados del Proceso de Gestión de Riesgos, pero para obtener estos reportes la organización gubernamental debe ejecutar la metodología contenida en la presente guía, para conseguir por una parte un Proceso de Gestión de Riesgos robusto funcionando en la organización gubernamental y por otra, reportes de calidad, que entreguen información adecuada para la Presidencia de la República, para la coordinación y gestión adecuada de los diversos organismos del Gobierno.

La metodología utilizada para la elaboración de este instrumento, esta descrita en el Documento Técnico n° 70 del año 2016, la cual se estructura en al menos 7 pasos plenamente identificados y detallados:

- a. Identificación y priorización de procesos críticos en la institución
- b. Identificación de Subprocesos en los procesos críticos
- c. Identificación de etapas en cada subproceso
- d. Identificación de objetivos operativos
- e. Identificación de riesgos operativos relevantes
- f. Reconocimiento y levantamiento de los controles claves
- g. Formulación de matriz de riesgos estratégica.

ii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Durante el proceso de elaboración de este instrumento, inicialmente la Dirección de Servicio identificó un total de 135 procesos, de los cuales se definieron como procesos críticos un total de 49, según la siguiente distribución:

Subdirección/Dirección	Cantidad de procesos identificados	Procesos Críticos en Matriz de Riesgos
Dirección de Servicio (Departamentos dependientes)	26	7
Subdirección de Recursos Físicos	12	5
Subdirección de Atención Primaria	22	9
Subdirección de administrativa y de Recursos Financieros	15	4
Subdirección de Gestión Asistencial	49	19
Subdirección de Gestión de las Personas	11	5
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>49</b>

A continuación, se identifican los 49 procesos críticos a abordar durante el año 2022:

<b>Procesos Críticos</b>
Ejecución Subtítulo 29 (reposición y adquisición equipos y equipamiento)
Ejecución Presupuestaria Subtítulo 31 (iniciativas de inversión)
Contrato Obras Civiles Iniciativas de Inversión
Contrato Consultorías Diseño Iniciativas de Inversión
Estado de Flota Vehicular DSSM
Definición adecuada de canales comunicación Dirección SSM y Red Asistencial
Clima Laboral Red Asistencial de Magallanes
Relaciones Institucionales e intrasectoriales
Evaluación COMGES
Procesos Judiciales
Rendición Programas APS
Respuestas Contraloría Regional
Fortalecer la estructura organizacional de PSR
Mantenimiento y actualización de dotación establecimientos de Atención Primaria de Salud
Definir y/o rediseñar los procesos asistenciales incorporando los cambios epidemiológicos y las nuevas necesidades de la población
Gestión convenios de Programas Reforzamiento de Atención Primaria de Salud
Fortalecer procesos y monitoreo de instrumentos de Gestión en APS.
Satisfacción usuaria en ámbitos de acogida, trato e información usuaria

Participación Ciudadana como Eje de Gestión
Asesoramiento técnico y administrativo a la Red de APS (CESFAM/CECOSF/HC).
Modelo de Atención Integral en APS
Gestión de Documentos en Garantías
Preparación y seguimiento del Plan de Compras
Gestión de Compra
Bienes de Inventario
Convenio Asistencial Docente
Registro Contrataciones Ley 18834 SIAPER
Cumplir con la Ley 19404
Mora presunta Imposiciones AFP
Cumplir Dictamen 70289 (financiamiento)
Implementación Ficha Clínica Electrónica en la RED
Integración e interoperabilidad de sistemas informáticos
Gestión de Lista de Espera Consultas, quirúrgicas, dental y procedimientos
Garantías Explícitas en Salud
Información Estadística de los Establecimientos de la RED
Gestión Centralizada de Camas
Ambulatorización de la Atención (HD - UMA)
Telemedicina
Gestión de Aero evacuación
Gestión de Red de Urgencias
Red Oncológica Local
Proceso recepción de llamada a 131 y Despacho a la emergencia
Gestión de protocolos SAMU
Plan operativo de respuesta de emergencia ante catástrofes
Acreditación Calidad prestadores de la red pública
Cobertura de los dispositivos que dificultan la atención oportuna y la continuidad asistencial en salud mental
Sistema Referencia y Contra Referencia
Cartera de Prestaciones
Programación en RED

Señalar que cada proceso crítico puede tener 1 o más subprocesos y por defecto cada subproceso puede tener una o más etapas para su ejecución.

Finalmente se informan en adjunto “Gestión del Riesgo”, los 134 indicadores a evaluar para este año 2022, diferenciados por Subdirección y de acuerdo al ranking de posicionamiento.

iii. **Otras consideraciones:**

Para llevar a cabo el proceso de seguimiento y trabajo de cada proceso críticos, se trabajó en un plan de tratamiento el cual establece la descripción de la estrategia de mitigación de riesgo, el efecto potencial en la efectividad del control, responsables de la estrategia, plazos y periodo de medición del indicador, la meta a lograr y evidencias a entregar.

Además, esta estrategia, establece por norma la designación de un encargado de riesgo de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes, además de encargados de riesgo por cada Subdirección y responsables de los indicadores asignados, en virtud de su función dentro de esta institución.

Este instrumento será auditado y evaluado mediante el proceso de aseguramiento que establece auditoría y el CAIGG.

Finalmente, durante el año 2022 se deberá trabajar en la matriz de riesgo a ejecutar durante el año 2023, en la cual se analizarán los riesgos ya mitigados y exposición a nuevos riesgos los cuales serán abordados durante el nuevo periodo de gestión.

## h. Instrumento APS: Meta IAAPS

### i. Reseña Instrumento:

La Atención Primaria de Salud (APS), posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas. En el caso de la salud municipal, se financia principalmente a través de dos vías:

**Aporte Estatal:** mediante la asignación per cápita por número población inscrita, donde cada municipio recibe mensualmente, del Ministerio de Salud y a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal, conocido como per cápita. Éste, se conforma para cada comuna, según criterios como población beneficiaria en la comuna, nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atención de salud.

**Presupuesto Sectorial** de Salud: a través de Programas de Reforzamiento Municipal (PRAPS), en programas tales como: Chile Crece Contigo, Equidad en Salud Rural, Sistema de Urgencia Rural, Rehabilitación Integral de Base Comunitaria, entre otros.

El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) es un conjunto de indicadores que evalúan áreas específicas de la atención sanitaria: cobertura de acciones preventivas, oportunidad, accesibilidad y equidad de atención, actividades con enfoque multidisciplinario y de salud familiar, continuidad de la atención y cumplimiento de garantías GES.

Representa el mecanismo para evaluar cuantitativamente el progreso y desempeño de la APS, la provisión de servicios y el abordaje de las necesidades de salud de la población, ya que están ligados a objetivos sanitarios esenciales que son de amplia cobertura basándose en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario y responden a la estrategia de RISS, entendida como el eje de desarrollo para la APS.

### ii. Resumen de Resultados obtenidos:

Resultados 2019		Punta Arenas			Natales		
		Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento	Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento
1	Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el MAIS vigente	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%

2.1	Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas, de lunes a viernes y sábados de 09 a 13 horas	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2.2	Disponibilidad de fármacos Trazadores	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año.	1,2	1,02	85,91%	1,2	0,99	84,97%
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	≥ 90%	90,70%	100,00%	≥ 90%	88,60%	100,00%
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral.	0,22	0,3	100,00%	0,22	0,24	100,00%
6.1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años	25,00%	20,00%	100,00%	25,00%	15,44%	91,67%
6.2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 65 años y mas	55,00%	52,20%	100,00%	55,00%	41,99%	91,46%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	95,00%	91,08%	97,31%	95,00%	90,05%	98,26%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	18,00%	15,01%	100,00%	18,00%	18,02%	100,00%
9	Proporción de población de 7 a menos de 20 años con alta odontológica total.	21,00%	26,90%	100,00%	21,00%	20,99%	91,09%
10	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	17,00%	18,30%	100,00%	17,00%	22,01%	100,00%
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	100,00%	100,00%	N/A	100,00%	100,00%	N/A
12	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso.	80,00%	85,00%	N/A	80,00%	80,00%	N/A
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.	90,00%	90,63%	100,00%	90,00%	92,91%	97,67%
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	25,00%	23,50%	100,00%	25,00%	19,32%	100,00%

15	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2.	30,00%	39,00%	100,00%	30,00%	24,99%	84,10%
16	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.	54,00%	51,68%	100,00%	54,00%	46,00%	73,25%
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	60,00%	59,99%	100,00%	60,00%	62,39%	95,63%
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	60,00%	56,29%	88,46%	60,00%	53,82%	93,96%

Resultados 2020	Punta Arenas			Natales		
	Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento	Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento
Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el MAIS vigente	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%
Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas, de lunes a viernes y sábados de 09 a 13 horas	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Disponibilidad de fármacos Trazadores	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año.	1,2	1,04	45,65%	1,2	1,02	44,32%
Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	≥ 90%	90,99%	100,00%	≥ 90%	89,80%	100,00%
Tasa de Visita domiciliaria Integral.	0,22	0,33	30,40%	0,22	0,24	48,30%
Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años	25,00%	23,00%	8,04%	25,00%	19,58%	6,55%
Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 65 años y mas	55,00%	54,00%	16,51%	55,00%	46,70%	17,57%
Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	95,00%	91,80%	80,18%	95,00%	92,17%	57,47%
Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	18,00%	17,36%	3,58%	18,00%	19,52%	1,36%
Proporción de población de 7 a menos de 20 años con alta odontológica total.	21,00%	27,54%	16,89%	21,00%	21,01%	18,02%
Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	17,00%	21,11%	3,30%	17,00%	22,34%	49,61%
Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Cobertura de vacunación anti influenza en población	80,00%	80,00%	100,00%	80,00%	80,00%	100,00%

objetivo definida para el año en curso.						
Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.	90,00%	92,31%	99,60%	90,00%	90,75%	100,00%
Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	25,00%	25,17%	7,60%	25,00%	22,22%	54,44%
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2.	30,00%	39,05%	43,25%	30,00%	25,54%	46,04%
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.	54,00%	54,19%	45,92%	54,00%	43,85%	40,74%
Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	60,00%	67,27%	23,60%	60,00%	62,46%	51,96%
Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	60,00%	54,91%	No Informa	60,00%	55,35%	100,00%

Resultados 2021		Punta Arenas			Natales		
		Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento	Meta Nacional	Meta Local	% Cumplimiento
1	Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el MAIS vigente.	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%	Aumentar o mantener el 100%	100,00%	100,00%
2.1	Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas, de lunes a viernes y sábados de 09 a 13 horas.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2.2	Disponibilidad de fármacos Trazadores.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año.	1,2	0,84	92,09%	1,2	0,83	78,93%
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	≥ 90%	93,74%	96,48%	≥ 90%	91,79%	97,19%
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral.	0,22	0,16	100,00%	0,22	0,17	100,00%
6.1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años.	25,00%	14,00%	5,72%	25,00%	12,00%	22,61%
6.2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 65 años y mas.	55,00%	32,00%	55,01%	55,00%	32,00%	41,84%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	95,00%	66,70%	100,00%	95,00%	74,20%	100,00%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	18,00%	9,32%	100,00%	18,00%	9,17%	44,19%
9	Porcentaje de Consultas de Morbilidad Odontológica en	23,00%	23,00%	100,00%	23,00%	23,01%	71,99%



	población de 0 a 19 años.						
10.1	Cobertura de Atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	17,00%	14,69%	100,00%	17,00%	14,05%	92,97%
10.2	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	5	6,83	100,00%	5	3,54	100,00%
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso.	80,00%	80,00%	100,00%	80,00%	80,00%	100,00%
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.	90,00%	91,94%	100,00%	90,00%	92,36%	100,00%
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	25,00%	13,59%	100,00%	25,00%	20,19%	78,20%
15	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2.	28,00%	21,95%	97,72%	28,00%	19,76%	100,00%
16	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.	43,00%	31,41%	81,19%	43,00%	28,91%	79,03%
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	60,00%	37,95%	70,90%	60,00%	46,25%	28,80%
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	60,00%	54,43%	80,07%	60,00%	64,79%	54,34%

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Nº	Indicadores IAAPS Año 2021	Meta País
1	Modelo Asistencial: Porcentaje de centros de salud autoevaluados	100%
2	Organización y Gestión: Continuidad de la Atención y disponibilidad de fármacos	100%
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	1,2
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)	≥ 90%
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral	0,22
6.1	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 a 64 años.	25%

6.2	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 65 años y más	55%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	95%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	18%
9	Porcentaje de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	23%
10.1	Cobertura de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	17%
10.2	Tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	5
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución de Atención Primaria	100%
12	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	80%
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	90%
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad	25%
15	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2	28%
16	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	43%
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libres de caries en población inscrita	60%
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	60%

**iv. Otras consideraciones:**

A continuación, se presentan los principales antecedentes que justifican los incumplimientos de las metas IAAPS:

Desde el inicio de la contingencia sanitaria por COVID-19, definida por Decreto N°4 del 08 de febrero de 2020, que decreta Alerta Sanitaria para todo el territorio chileno y otorga facultades extraordinarias y Oficio N° 808 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del 27 de marzo de 2020, que informa Plan de Medidas de Contingencia ante COVID-19 para la Red, el Servicio de Salud Magallanes ha tomado diversas medidas para enfrentar la situación regional, reorganizando los recursos físicos, humanos y financieros, orientadas principalmente a satisfacer la situación epidemiológica imperante.

Las consecuencias de las restricciones en la movilidad general, donde las comunas de Punta Arenas y Natales, que concentran cerca del 90% de la población regional, contaron durante el primer trimestre con periodos extendidos de cuarentena total, producto de lo cual la reactivación de las actividades de salud no ha logrado su máximo despliegue, en comparación con un año habitual.

Producto del citado oficio N°808 y las respectivas definiciones locales, la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes reorganizó los sistemas de atención. Durante el año 2020, se privilegió actividades priorizadas desde el MINSAL, en los diferentes Programas de Salud, donde aquellas con enfoque preventivo de largo plazo, como las Visitas Domiciliarias Integrales, Cobertura EMP o Controles de Salud

Integral del Adolescente, no fueron priorizadas. Por otro lado, la atención integral de personas con 5 y más años con trastornos mentales cambió a formato remoto, dejando de forma presencial sólo aquellas atenciones consideradas como prioritarias.

Posteriormente, en virtud de las directrices emanadas desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por las distintas líneas programáticas, y a su vez, las recomendaciones para prestaciones por curso de vida, según fase de la Pandemia, contenidas en el documento “Orientaciones para actividades de Atención Primaria en contexto COVID-19” (Ord. N° 2717/2020.09.03), se elaboró el primer Plan Paso a Paso regional de la APS, indicando las actividades factibles de realizar en cada una de las fases del Plan.

Finalmente, de acuerdo a las “Orientaciones para la Continuidad de la Atención en APS, en contexto de pandemia COVID-19” (Ord. C51 N° 3991/2020.12.30), el plan antes mencionado fue actualizado, mediante RE N° 4409/2021.05.28.

#### *Reorganización del sistema de atención:*

Desde el inicio de la contingencia, y para dar cobertura efectiva a la población, se redefinió la modalidad de atención tradicional de la siguiente manera:

1. Atenciones presenciales en establecimiento de salud.
2. Atenciones presenciales en otros espacios habilitados.
3. Atenciones en Domicilio para grupos priorizados.
4. Atenciones a distancia vía telefónica y teleconsulta (remota).

Producto de estas adecuaciones, muchas de las prestaciones, principalmente consultas y controles, vieron afectado su rendimiento, impactando negativamente sobre el resultado de los indicadores. Adicionalmente, las atenciones remotas, si bien contribuyeron a mantener el seguimiento de las poblaciones bajo control, no tributan a los indicadores presentados, salvo excepciones como los indicadores N° 8 y 10.

### **I. Instrumento APS: Meta Sanitaria Ley 19.813**

- i. **Reseña Instrumento:** Las metas sanitarias son parte de las políticas de salud pública, las que tienen por objetivo garantizar la protección de la salud y mejorar la condición de salud de las personas pertenecientes al sistema público de salud. Conforman un conjunto de indicadores, basados en criterios socio-sanitarios y en la Estrategia Nacional de Salud vigente, que evalúan el impacto de las intervenciones en la salud y bienestar de la población.

Específicamente, las metas de la Ley 19.813 son de resorte del nivel primario de atención de salud, cuyas acciones se centran en la promoción y prevención de salud, enmarcadas en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, y están compuestas por 7 indicadores:

- I. Recuperación del Desarrollo Psicomotor
- II. Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- III. Protección de la Salud Bucal en Población Infantil
- IV. Cobertura de Tratamiento y Evaluación en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2
- V. Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial, en personas de 15 años y más
- VI. Lactancia Materna Exclusiva, en menores de 6 meses de vida
- VII. Establecimientos con Plan de Participación Social, elaborado y funcionando participativamente

La Ley 19.813, que Otorga Beneficios a la Salud Primaria, el proceso de **fijación** de las metas debe ser realizado por el Servicio de Salud correspondiente, con presencia de representantes de la entidad administradora de salud de la comuna y un representante gremial, constituyendo un **Comité Técnico Consultivo**, cuyo rol es prestar asesoría técnica al Gestor de Red durante el proceso de fijación. Esta fijación, debe ser remitida al Ministerio de Salud y SEREMI respectiva, a más tardar, el 31 de octubre del año previo.

En los procesos de fijación y evaluación de cumplimiento de las metas sanitarias, participan las siguientes entidades:

- Ministerio de Salud
  - Define de las metas sanitarias para el año siguiente.
  - Consolida la información de los resultados anuales.
  - Organiza la transferencia de recursos, según tramos de cumplimiento de las comunas.
  - Dirime y resuelve sobre apelaciones a la Evaluación, cuando corresponde.
- SEREMI de Salud
  - Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias de cada comuna, asignando el tramo de cumplimiento para el cálculo del componente variable del Bono al Desempeño Colectivo.
- Servicio de Salud
  - Encabeza el proceso de fijación de metas sanitarias.
  - Supervisa la lista de funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo.
  - Transfiere el pago correspondiente, según Tramo asignado.
- Comunas/Municipalidades
  - Participa en el proceso de fijación, a través del Comité Técnico Consultivo.
  - Monitorea el cumplimiento de las metas sanitarias durante el año, para informar el cumplimiento de estas a SEREMI y Servicio de Salud correspondientes.
  - Identifica a sus funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo.
  - Apela a la Evaluación de metas sanitarias, cuando corresponde.
- Trabajadores APS  
Participan en el proceso de fijación, a través del Comité Técnico Consultivo.

## ii. Resumen de Resultados obtenidos:

A continuación, se presenta el cumplimiento anual, periodo 2018-2021 por establecimiento:

Comuna	Año 2018		Resultado Año 2018 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2018 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Punta Arenas	94,59%	1	94,59%	1	Sin apelación	
Natales	96,31%	1	96,31%	1		
Laguna Blanca	99,11%	1	99,11%	1		
Torres del Paine	93,45%	1	93,45%	1		
Río Verde	96,01%	1	96,01%	1		
San Gregorio	99,80%	1	99,80%	1		
Timaukel	76,68%	2	76,68%	2		

Comuna	Año 2019		Resultado Año 2019 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2019 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Punta Arenas	92,09%	1	92,09%	1	Sin apelación Todos en Tramo 1	
Natales	96,48%	1	96,48%	1		
Laguna Blanca	94,17%	1	94,17%	1		
Torres del Paine	96,88%	1	96,88%	1		
Rio Verde	98,48%	1	98,48%	1		
San Gregorio	100%	1	100%	1		
Timaukel	97,92%	1	97,92%	1		

Comuna	Año 2020		Resultado Año 2020 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2020 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Punta Arenas	58,55%	3	58,55%	2	58,55%	1
Natales	56,19%	3	56,19%	2	56,19%	1
Laguna Blanca	95,83%	1	95,83%	1	Sin apelación	
Torres del Paine	87,66%	2	87,66%	1		
Rio Verde	98,50%	1	98,50%	1		
San Gregorio	96,25%	1	96,25%	1		
Timaukel	84,54%	2	84,54%	1		

Comuna	Año 2021		Resultado Año 2021 Evaluación SEREMI		Resultado Año 2021 Apelación MINSAL	
	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo	Cumplimiento	Tramo
Punta Arenas	77,09%	2	77,09%	1	Sin apelación	
Natales	79,67%	2	79,67%	1		
Laguna Blanca	100%	1	100%	1		
Torres del Paine	93,63%	1	93,63%	1		
Rio Verde	86,20%	2	86,20%	1		
San Gregorio	98,76%	1	98,76%	1		
Timaukel	43,75%	3	43,75%	2	En proceso	

iii. **Listado de indicadores Evaluados:**

Nombre Meta	Meta Nacional
META 1: Recuperación del Desarrollo Psicomotor.	90%
META 2: Papanicolau (PAP) Vigente, en mujeres de 25 a 64 años.	80%
META 3a: Control con Enfoque de Riesgo Odontológico, en población de 0 a 9 años.	35%
META.3b: Niños y Niñas Libres de Caries.	11%
META 4a: Cobertura Efectiva de Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2, en personas de 15 años y más.	28%
META 4b: Evaluación Anual del Pie Diabético, en personas con DM2 bajo control de 15 años y más.	90%
META 5: Cobertura de Tratamiento en personas con Hipertensión Arterial.	43%

META 6: Lactancia Materna Exclusiva (LME), en niños/as al sexto mes de vida.	60%
META 7: Plan de Participación Social	80%

**iv. Otras consideraciones:**

*Situación epidemiológica regional y medidas generales adoptadas para mantener la continuidad de la atención, otorgando seguridad en las instalaciones para los/as usuarios/as y equipos de trabajo:*

Desde el inicio de la contingencia sanitaria, la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes reorganizó los sistemas de atención, privilegiando las actividades protegidas o priorizadas desde el MINSAL en los diferentes Programas de Salud y readecuando la modalidad de atención tradicional presencial, introduciendo y/o fortaleciendo otras modalidades como las actividades remotas, en domicilio y en otros espacios habilitados para la atención de salud.

Posteriormente, el Ord. C51 N°3991 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, envió “lineamientos sobre Reactivación presencial de actividades de salud en contexto de pandemia COVID-19” (Anexo 2), lo que significó generar instancias de coordinación en Red, con representación de la comunidad, estableciendo el Comité de Gestión Local para la Reactivación de la Atención Primaria de Salud (Anexo 3 y 4), cuya función radica en la organización y gestión de la Red Asistencia local, generando distintas estrategias que fomenten la continuidad de los cuidados, así como también, un plan de respuesta para la Reactivación de la Red.

Con todo lo anterior, se espera que, durante el año 2022, se logre un aumento de las coberturas en el nivel primario de atención.

**III. Conclusiones**

Esta institución monitoriza de forma anual y periódica un total de 14 instrumentos de Control de Gestión, de los cuales 12 de estos son abordados por el Departamento de Apoyo a la Gestión dependiente de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes y los dos restantes por la Subdirección de Atención Primaria (Meta IAAPS y Ley 19.813).

Por cada instrumento de control de gestión se evalúan un aproximado de 10 a 30 indicadores de gestión, los cuales son abordados, trabajados e informados por los referentes técnicos y clínicos de la red asistencial.

Al igual que al resto de nuestro país y el mundo, la pandemia por COVID-19 ha afectado de manera transversal a todos los indicadores asociados o vinculados a la actividad clínica y producción hospitalaria, sin embargo, ha permitido ir mejorando considerable en otro tipo de indicadores asociados a gestión interna, administrativa y de coordinación en red, lo cual se traduce en los resultados obtenidos durante el último año 2021.

Los resultados visualizados en este informe, representan a la gestión de los cuatros hospitales de la red integrada de salud de Magallanes y Antártica Chilena, además del COSAM Miraflores y de los CESFAM/CECOSF distribuidos por el territorio.

Finalmente, este informe es desarrollado por:

ALEJANDRO CAMPOS ROBLEDANO  
JEFE DEPARTAMENTO APOYO A LA GESTION  
DIRECCION DE SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

KARIN URIBE SOTO  
PROFESIONAL UNIDAD DE CONTROL DE GESTION  
DEPARTAMENTO DE APOYO A LA GESTION