



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA
JGC/YSA/RDA/LGU/lgu

000700

ORD. N° _____/

ANT. : Folio N° AO029T0000901

MAT. : Respuesta Transparencia

LOS ÁNGELES, 25 MAY 2020

DE: DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

A: SEÑOR JOSE SHUTE
joseshute@gmail.com

Junto con saludar, informamos a usted que hemos recibido solicitud de transparencia, con fecha 19 de mayo del año en curso, folio N°AO029T000090, quien requiere lo siguiente: *"Solicito información con respecto o si posee o no un cuadro de mando integral (balance Scorecard) como ministerio y de tenerlo enviar (SIC)".*

En relación a su solicitud, adjuntamos fichas de indicadores de la Planificación Estratégica de nuestro servicio para el período 2019-2022, comentar que estos indicadores se encuentran en el Cuadro de Mando Integral o Balance Scorecard de nuestro Servicio. De igual forma lo invitamos a revisar nuestra Planificación Estratégica en la página web de nuestra repartición pública www.ssbiobio.cl.

Sin otro particular, le saluda atentamente



JUAN CARLOS GONZALEZ CAMPOS
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

De no encontrarse conforme con la respuesta precedente, en contra de esta resolución usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de la misma.

Ord. N°134/25.05.2020

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada

C.c.:

- Archivo dirección SS.BB
- Archivo OIRS SS.BB
- Oficina de Partes

Depto. Gestión Pública
Unidad Participación Ciudadana
Av. Ricardo Vicuña 147 Interior, Edificio Estacionamientos, Piso 4, Los Ángeles
Anexo Minsal 432543 – Fono 2332543 Email: lucia.gonzalez@ssbiobio.cl

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Servicio de Salud Bío-bío con fecha 19/05/2020 con el N°: AO029T0000901. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico joseshute@gmail.com

La fecha de entrega de la respuesta es el 17/06/2020 (el plazo para recibir una respuesta es de 20 días hábiles). Le informamos que durante este proceso el organismo Servicio de Salud Bío-bío podría solicitar una prórroga de máximo 10 días hábiles para dar respuesta a su solicitud.

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe [en el siguiente enlace](#).

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el Código identificador de tu solicitud: AO029T0000901 y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.



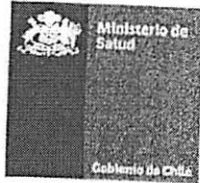
DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

| Solicitud de información | |
|-------------------------------------|--|
| A quien dirige su solicitud | Servicio de Salud Bío-bío |
| Región | Región del Biobío |
| Vía de recepción de solicitud | Correo electrónico |
| Correo electrónico | joseshute@gmail.com |
| Solicitud | Solicito información con respecto o si posee o no un cuadro de mando integral (balance Scorecard) como ministerio y de tenerlo enviar(SIC) |
| Observaciones | Derivado de la Subsecretaría de Redes Asistenciales |
| Archivos adjuntos | DSS141162JOSE_SHUTE.pdf |
| Formato deseado | PDF |
| Solicitante inicia sesión en Portal | NO |
| Forma de recepción de la solicitud | Vía electrónica |

| Datos del solicitante | |
|-----------------------|---------|
| Persona | Natural |
| Nombre o Razón social | José |
| Apellido Paterno | Shute |
| Apellido Materno | Barría |

| Datos del apoderado | |
|----------------------------|--|
| Nombre | |
| Apellido Paterno | |
| Apellido Materno | |

| Dirección | |
|------------------|--|
| Calle | |
| Numero | |
| Departamento | |
| Región | |
| Comuna | |



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE MINISTERIAL
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
806

1293

ORD. A/102 N°

ANT.: Solicitud Folio AO001T0003469

MAT.: Deriva solicitud a los Servicios de Salud.

Santiago,

29 ABR 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Junto con saludar, informo a Usted que esta Secretaría de Estado recibió la solicitud del folio de la referencia, amparada en la ley 20.285 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En la solicitud se requiere:

"Solicito información con respecto a si posee o no un cuadro de mando integral (balanced scorecard) como ministerio, y de tenerlo enviar."(Sic).

En virtud de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 20.285, de Transparencia y Acceso a la Información de los Organismos del Estado y que la materia de la consulta es de competencia de los Servicios de Salud del país, considerando las funciones establecidas según normativa vigente, para que dentro de sus facultades y atribuciones, analice el requerimiento y otorgue respuesta.

Se envía copia de la presente comunicación a la persona requirente, con la finalidad de notificarle que su solicitud fue derivada a su Institución, que le dará respuesta en los términos que establece la Ley N° 20.285.


En caso que la solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o el solicitante estime que la respuesta no se ajusta a derecho dispone de un plazo de 15 días

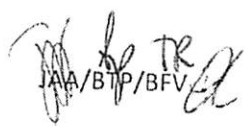


MINISTERIO DE SALUD
GABINETE MINISTERIAL
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
806

hábiles, contado desde la fecha de recepción de este oficio por parte de la institución destinataria, para interponer un reclamo ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl.

Saluda atentamente,


ARTURO ZÚNIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES


JAA/BTP/BFV

Distribución:

- Servicio de Salud de Aconcagua
- Servicio de Salud de Antofagasta
- Servicio de Salud de Araucanía Norte
- Servicio de Salud de Araucanía Sur
- Servicio de Salud de Arauco
- Servicio de Salud de Arica
- Servicio de Salud de Atacama
- Servicio de Salud de Aysén
- Servicio de Salud de Bío-Bío
- Servicio de Salud de Chiloé
- Servicio de Salud de Concepción
- Servicio de Salud de Coquimbo
- Servicio de Salud de Iquique
- Servicio de Salud de LGB O'Higgins
- Servicio de Salud de Magallanes
- Servicio de Salud de Maule
- Servicio de Salud Metropolitano Central
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- Servicio de Salud Metropolitano Sur
- Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Servicio de Salud Metropolitano Norte
- Servicio de Salud de Ñuble
- Servicio de Salud de Osorno
- Servicio de Salud de Reloncaví
- Servicio de Salud de Talcahuano
- Servicio de Salud de Valdivia
- Servicio de Salud de Valparaíso San Antonio
- Servicio de Salud de Viña Del Mar Quillota

| | | |
|----------------------------------|--------------|-------|
| DIRECCION SERVICIO SALUD BIO BIO | | |
| OFICINA DE PARTES | | |
| FECHA RECEP | 18 MAYO 2020 | |
| DESTINO | FOLIO | FIRMA |
| / | / | |

CC:

- José Shute Barria
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Unidad de Transparencia
- Oficina de Partes

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Subsecretaría de Redes Asistenciales con fecha 27/08/2019 con el N°: A0002T0003469. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico joseshute@gmail.com

La fecha de entrega de la respuesta es el 27/09/2019 (el plazo para recibir una respuesta es de 20 días hábiles). Le informamos que durante este proceso el organismo Subsecretaría de Redes Asistenciales podría solicitar una prórroga de máximo 10 días hábiles para dar respuesta a su solicitud.

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe [en el siguiente enlace](#).

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el Código identificador de tu solicitud: A0002T0003469 y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.



DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

| Solicitud de información | |
|-------------------------------------|---|
| A quien dirige su solicitud | Subsecretaría de Redes Asistenciales |
| Región | Región Metropolitana de Santiago |
| Vía de recepción de solicitud | Correo electrónico |
| Correo electrónico | joseshute@gmail.com |
| Solicitud | Solicito información con respecto a si posee o no un cuadro de mando integral (balanced scorecard) como ministerio, y de tenerlo enviarlo |
| Observaciones | |
| Archivos adjuntos | |
| Formato deseado | PDF |
| Solicitante inicia sesión en Portal | NO |
| Forma de recepción de la solicitud | Vía electrónica |

| Datos del solicitante | |
|-----------------------|---------|
| Persona | Natural |
| Nombre o Razón social | Jose |
| Apellido Paterno | Shute |
| Apellido Materno | Barria |

9. FICHAS INDICADORES

ÁMBITO CLÍNICO

| | | |
|---|---|--|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 1.2.1 Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud. | Responsable de Gestión: Referente Depto. de Redes. |
| Estrategia: 1.2 Modelo de atención centrado en las personas con énfasis en la continuidad de los Cuidados | Objetivo: 1. Fortalecer la gestión de la red en los distintos niveles de atención fomentando la resolución de los problemas de salud, cercano a las personas, garantizando acceso, continuidad, oportunidad y calidad de la atención. | |
| Descripción: Este indicador mide la pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Mientras más alto mejor |
| Formula: (N° de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ N° total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100. | | |
| Fuente de datos: Numerador: REM A07 Sección A Denominador: REM A07 Sección A. | | |
| Línea de base: No tiene | Metas por Corte: I Corte: Definir línea de base. 0% de la evaluación anual II Corte: Mantener o mejorar respecto de línea de base según corresponda. 30% de la evaluación anual III Corte: Mantener o mejorar respecto de línea de base según corresponda. 35% de la evaluación anual IV Corte: Mantener o mejorar respecto de línea de base según corresponda. 35% de la evaluación anual | |
| Factor crítico de éxito: Mejoramiento del proceso de referencia y contrareferencia en la red. | | |
| Iniciativas: | Velar por la continuidad en la atención. | |

| | |
|---|---|
| | <p style="text-align: center;">2. Homologar proceso de referencia y contrareferencia en establecimientos de la red.</p> <p>Disponer de la información de los pacientes que se derivan y contra derivan entre los diferentes niveles de atención.</p> <p>Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.</p> <p>Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrareferencia.</p> |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 2.2 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES. (Actualizado por año)</p> |

| | | |
|--|---|---|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 1.4.1 Porcentaje de casos resueltos de lista de espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según meta definida para el Servicio de Salud. | Responsable de Gestión: Referente Encargado de lista de espera /Depto. Redes SSBB. |
| Estrategia: 1.4 Acceso oportuno a la atención y resolutivez en la Red Asistencial | Objetivo 1: Fortalecer la gestión de la red en los distintos niveles de atención fomentando la resolución de los problemas de salud, cercano a las personas, garantizando acceso, oportunidad y calidad de atención, con eficiencia en el uso de los recursos. | |
| Descripción: Este indicador tiene por objetivo brindar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren una intervención quirúrgica con foco de resolución en la priorización por antigüedad. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Casos resueltos de la lista de espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según meta ajustada para el servicio de salud a la fecha de corte año T / Total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según meta ajustada para el servicio de salud según línea de base medida en diciembre año T-1) x 100. | | |
| Fuente de datos: SIGTE | | |
| Línea de base: Sin línea base | Meta por Corte : I Corte: Resolver el universo de personas en espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución del 15% de su universo total según la meta definida para SS. 2. Resolución de 100% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS. 3. Resolución del 100% de casos PRAIS primera generación según la meta definida para SS. 4. Resolución del 100% de casos SENAME según la meta definida para SS. 20% de la evaluación anual | |

| | |
|--|--|
| | <p>II Corte: Resolver el universo de personas en espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución del 45% de su universo total según la meta definida para SS. 2. Resolución de 100% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS. 3. Resolución del 100% de casos PRAIS primera generación según la meta definida para SS. 4. Resolución del 100% de casos SENAME definidos para el corte según la meta definida para SS. 25% de la evaluación anual <p>III Corte: Resolver el universo de personas en espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución del 70% de su universo total según la meta definida para SS. 2. Resolución de 100% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS. 3. Resolución del 100% de casos PRAIS primera generación según la meta definida para SS. 4. Resolución del 100% de casos SENAME según la meta definida para SS. 25% de la evaluación anual <p>IV Corte: Resolver el universo de personas en espera de intervención quirúrgica electiva con destino atención secundaria y terciaria, según los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución del 100% de su universo total según la meta definida para SS. 2. Resolución de 100% de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS. 3. Resolución del 100% de casos PRAIS primera generación según la meta definida para SS. 4. Resolución del 100% de casos SENAME definidos según la meta definida para SS. 30% de la evaluación anual |
| <p>Factor crítico de éxito: Disminución de los tiempos de espera de intervención quirúrgica</p> | |
| <p>Iniciativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Optimización del proceso pre quirúrgico y construcción de tabla, para disminución de las suspensiones. - Resguardo entre el 20 y 30% del porcentaje de la tabla quirúrgica para pacientes priorizados de lista de espera - Monitorización del cumplimiento de la ocupación de pabellones y porcentaje de suspensiones. |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>- Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria.</p> <p>La monitorización de estas estrategias se realiza a través de:</p> <p>- Monitorización centralizada de producción de quirófanos a través de sistema UGCO, registros DEIS y GRD.</p> |
| Observación del indicador | Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 6.2 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizado por año) |

| | | |
|--|--|--|
| <p>AMBITO RISS: Modelo Asistencial</p> <p>PERSPECTIVA: Usuarios</p> | <p>Nombre indicador: 2.1.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras críticas por comuna y/o establecimiento de atención primaria de salud.</p> | <p>Responsable de Gestión: Referente encargado de programación Depto. Redes y APS SSBB.</p> |
| <p>Estrategia:2.1 Fortalecer la Programación en Red</p> | <p>Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud.</p> | |
| <p>Descripción: Este indicador tiene por objetivo generar en las redes asistenciales un diseño de estrategias en el contexto de coordinación de la red, que permita la optimización del recurso de horas profesionales a través de una metodología de programación sobre la totalidad de horas contratadas, y gestión de horas con mirada de red.</p> | | |
| <p>Frecuencia de medición: Trimestral</p> | <p>Tipo de unidad: Porcentaje</p> | <p>Polaridad: Los valores altos son buenos</p> |
| <p>Fórmula: (Comuna y establecimiento APS con programación y monitoreo al corte / Total comunas y establecimientos de APS del Servicio de Salud) x 100</p> | | |
| <p>Fuente de datos: REM Y RNI</p> | | |
| <p>Línea de base: Sin línea base</p> | <p>Meta por Corte</p> <p>I Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar con proceso de programación 2019 en APS por cada comuna y establecimientos APS dependientes de servicios de salud (incluye hospitales comunitarios). - Programación de reuniones de sector dentro de las horas indirectas o de gestión. - Monitoreo de 53 trazadoras críticas definidas por curso de vida y reuniones de sector. <p>II Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo 53 trazadoras definidas por curso de vida y reuniones de sector, con datos del mes de mayo de 2019 por comuna y establecimiento dependiente. - Identificación de trazadoras de bajo cumplimiento. - Plan de acción por comuna para mejorar cumplimiento (incluye acciones por cada | |

| | |
|--|---|
| | <p>actividad de bajo cumplimiento).</p> <p>III Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo 53 trazadoras definidas por curso de vida y reuniones de sector, con datos del mes de agosto de 2019 por comuna y establecimiento dependiente. - Identificación de trazadoras de bajo cumplimiento. <p>IV Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo 53 trazadoras definidas por curso de vida, con datos del mes de diciembre de 2019 por comuna y establecimiento dependiente. - Cumplimiento mayor o igual al 95% de las actividades trazadoras definidas por curso de vida. - Contar con proceso de programación 2020 en APS por cada comuna y establecimientos APS dependientes de servicios de salud (incluye hospitales comunitarios), revisado y visado por el Servicio de Salud. - Difusión Orientaciones para la planificación y programación en red año 2020 en CIRA |
| <p>Factores críticos de éxito: Proceso de Programación y Gestión de oferta institucional implementado en todos los establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de la Red Asistencial.</p> | |
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH. 2. Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de los Servicios de Salud. - Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella. 3. Estandarizar el rendimiento por tipo de prestación y por especialidad odontológica. 4. Conocer la producción estimada por tipo de prestación y por especialidad odontológica. 5. Generar análisis de la gestión de la oferta y demanda, tanto para la programación de Atención Primaria como para la programación de atención de especialidades en nivel secundario y terciario. |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 3.1 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizado por año).</p> |

| | | |
|---|--|---|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.1.2 Porcentaje de cumplimiento de programación de horas de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y profesionales no médicos en Atención Secundaria y Terciaria. | Responsable de Gestión: Referente encargado de programación Depto. Redes. |
| Estrategia: 2.1 Fortalecer la programación en Red. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud. | |
| Descripción: Este indicador tiene por objetivo generar en las redes asistenciales un diseño de estrategias en el contexto de coordinación de la red, que permita la optimización del recurso de horas profesionales a través de una metodología de programación sobre la totalidad de horas contratadas, y gestión de horas con mirada de red. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $(\text{Total de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el período} / \text{Total de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas en el período}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: REM Y RNI | | |
| Línea de base: Sin línea base | Metas por cortes: I Corte: - Cumplimiento de 95% de las horas de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas Atención Secundaria y Terciaria. II Corte: - Contar con proceso de programación 2019 validado y actualizado de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos y no médicos en Atención Secundaria, Terciaria (Reprogramación si es requerido por el Servicio o establecimiento), con validación de nóminas de profesionales contratados según SIRH para el periodo. - Cumplimiento de 95% de las horas de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas Atención Secundaria y | |

| | |
|--|--|
| | <p>Terciaria.</p> <p>III Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de 95% de las horas de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas Atención Secundaria y Terciaria. <p>IV Corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar con proceso de programación 2020 validado de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos y no médicos en Atención Secundaria y Terciaria), con validación de nóminas de profesionales contratados según SIRH para el periodo. - Cumplimiento de 95% de las horas de consultas y procedimientos de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas Atención Secundaria y Terciaria. |
| <p>Factores críticos de éxito: Proceso de programación y gestión de oferta institucional implementado en todos los establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria de la red asistencial.</p> | |
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH. 2. Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de los Servicios de Salud. 3. Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella. 4. Estandarizar el rendimiento por tipo de prestación y por especialidad odontológica. <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la producción estimada por tipo de prestación y por especialidad odontológica. 5. Generar análisis de la gestión de la oferta y demanda, tanto para la programación de Atención Primaria como para la programación de atención de especialidades en nivel secundario y terciario. |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 3.2 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizado por año)</p> |

| | | |
|---|---|---|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación de las prestaciones valoradas de la Red en el período. | Responsable de Gestión: Referente encargado de programación Depto. Gestión Clínica Integrada. |
| Estrategia: 2.1 Fortalecer la programación en Red. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud. | |
| Descripción: Lograr el cumplimiento de la programación de prestaciones valoradas para la población beneficiaria. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de prestaciones trazadoras de prestaciones GES otorgadas dentro del año t en la Red / número total de prestaciones trazadoras de tratamiento GES programadas en el contrato PPV para el año t en la Red) *100 | | |
| Fuente de datos: SIGGES | | |
| Línea de base: Sin línea base | Metas por cortes: 25%- 50%-75%-100% | |
| Factores críticos de éxito: Que los establecimientos de la Red conozcan la Programación de Prestaciones valoradas y realicen monitoreo del cumplimiento. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación con referente del Servicio de Salud 2. Coordinación interna para conocer modalidad de trabajo, códigos de prestaciones, registros 3. Monitoreo permanente de cumplimiento | |
| Observación del indicador | Este indicador se mide a través de las Metas Sanitarias de la Ley N° 18.834 y N° 19.664. | |

| | | |
|--|--|---|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.2.1 Porcentaje de establecimientos comprometidos que realizan el proceso de certificación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) de la provincia de Biobío. | Responsable de Gestión: Referente Encargada de unidad territorial del Depto. de APS. |
| Estrategia: 2.2 Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de establecimientos que certifican en el I modelo de salud familiar del total de establecimientos comprometidos anualmente. | | |
| Frecuencia de medición: Anual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (N° Establecimientos comprometidos que realizan el proceso de certificación del modelo de SFC en el año T/ N° de establecimientos comprometidos para realizar el proceso de certificación del modelo de salud familiar en el año T)*100. | | |
| Fuente de datos: Plataforma web MAIS. | | |
| Línea de base: Sin Línea de Base | Metas: 2019: 80%, 2020:85%, 2021: 90% | |
| Factor crítico de éxito: Este indicador permite estandarizar y evaluar la implementación del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario en los establecimientos de atención primaria. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar los principios irrenunciables del enfoque familiar y comunitario. 2. Evaluar y monitorear en terreno el avance de la implementación del MSFYC. 3. Asesorar a los equipos de los establecimientos para la mejora Continua del proceso de implementación. 4. Dar continuidad al modelo implementado en los establecimientos APS de la red. | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| AMBITO RISS: Modelo Asistencial | Nombre indicador: 2.3.1 Porcentaje de realización del Exámen Médico Preventivo (EMP) en personas de 15 años y más. | | Responsable de Gestión: Referente Encargado de Programa de Salud del adulto (APS) |
| PERSPECTIVA: Usuarios | | | |
| Estrategia: 2.3 Potenciar el autocuidado de la Salud de la población con énfasis en los niños y adolescentes. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | | |
| Descripción: Realizar este exámen a la población de 15 y más años, para detectar en forma oportuna factores de riesgo asociados y otorgar tratamiento cuando lo amerite. | | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos | |
| Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de personas de 15 años y más con Exámen Médico Preventivo vigente} / \text{total de población de la provincia de 15 años y más vigente en el año t}) * 100$ | | | |
| Fuente de datos: | | | |
| Línea de base: Sin Línea de Base | Metas: 55% | | |
| Factor crítico de éxito: Mejorar la pesquisa de factores de riesgo en la población adulta. | | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar acciones en APS que faciliten la toma de EMP, considerar flexibilidad horaria. 2. Coordinar controles posteriores para asegurar la continuidad de la atención 3. Disponibilizar recursos existentes para la toma de exámenes complementarios al EMP | | |

| | | |
|---|---|--|
| AMBITO RISS: Modelo Asistencial | Nombre indicador: 2.3.2 Porcentaje de cobertura Papanicolaou en mujeres de 25 años a 64 años en la Red. | Responsable de Gestión: Referente Programa de la Mujer APS. |
| PERSPECTIVA: Usuarios | | |
| Estrategia: 2.3 Potenciar el autocuidado de la Salud de la población con énfasis en los niños y adolescentes. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cobertura del Papanicolaou vigente en mujeres de 25 a 64 años de edad, con el fin de pesquisar oportunamente el estadio de la enfermedad y reducir la tasa de mortalidad por cáncer. | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre del año t/ Nº total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) * 100) | | |
| Fuente de datos: REM | | |
| Línea de base: Sin Línea de Base | Meta: 80 % de cobertura de mujeres de 25 a 64 años que cuentan con PAP vigente en los últimos 3 años. | |
| Factor crítico de éxito: mejorar la cobertura del PAP en la población objetivo para alcanzar el impacto sanitario. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se espera que los establecimientos, identifiquen el N° de mujeres con PAP vigente para disminuir a lo menos un 25% de la brecha entre la cobertura lograda en el período anterior. 2. Revisión de tarjeteros para identificar pacientes con PAP no vigente y citarlas 3. Asesoría y acompañamiento desde el SSBB | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial | Nombre indicador: 2.3.3 Porcentaje de cobertura mamografías en mujeres de 50 años a 69 años en la Red. | Responsable de Gestión: Referente Programa de la Mujer APS. |
| PERSPECTIVA: Usuarios | | |
| Estrategia: 2.3 Potenciar el autocuidado de la Salud de la población con énfasis en los niños y adolescentes | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de mamografías de 50 años a 69 años en la Red realizadas en el año t. | | |
| Frecuencia de medición: Semestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: ((Número de mamografías informadas en el grupo de edad de 50 años a 69 años en el año t/ Número total de mamografías informadas en todas las edades en el año t)*100) | | |
| Fuente de datos: | | |
| Línea de base: Sin Línea de Base | Metas: 55% de las informadas en el rango de edad. | |
| Factor crítico de éxito: Mejorar la cobertura de las mamografías en grupos de riesgo para la pesquisa precoz del cáncer de mamas y la disminución de la mortalidad. | | |
| Iniciativas: | <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar recursos del Programa de Resolutividad para realizar mamografías - Coordinar horas de control con tercer nivel de atención - Coordinación con Encargado de Programa del Servicio de Salud | |

| | | |
|---|--|---|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.3.4 Porcentaje de cobertura de vacunación Virus Papiloma Humano en niñas y niños de 4º básico. | Responsable de Gestión: Referente Planificación Sanitaria |
| Estrategia: 2.3 Potenciar el autocuidado de la Salud de la población con énfasis en los niños y adolescentes | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cobertura de la vacunación contra del Virus Papiloma Humano en niñas y niños de 4º básico. | | |
| Frecuencia de medición: Evaluación Anual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Número de niños y niñas de 4º básico vacunados contra el virus papiloma humano en año t durante periodo de vacunación escolar/ Número total de niños y niñas cursando el 4º básico en año t)*100 | | |
| Fuente de datos: | | |
| Línea de Base: Sin Línea de Base | Meta: 90% | |
| Factor crítico de éxito: otorgar inmunización contra el virus papiloma humano a la población infantil para disminuir la morbimortalidad por cáncer. | | |
| Iniciativas: | <ul style="list-style-type: none"> - Difundir y educar a la población sobre la importancia de la vacunación. - Coordinación con SEREMI y Equipos de salud de la red | |

| | | |
|--|--|--|
| ÁMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.3.5 Porcentaje de cobertura de vacunación de Hepatitis B. | Responsable de Gestión: Referente Planificación Sanitaria |
| Estrategia: 2.3 Potenciar el autocuidado de la Salud de la población con énfasis en los niños y adolescentes. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cobertura de la vacunación de Hepatitis B. | | |
| Frecuencia de medición: Evaluación anual | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de niños vacunados de 6 meses a 11 meses 29 días} / \text{Recién Nacidos vivos de julio de 2018 a junio de 2019}) * 100$ (Actualizar fórmula cada año) | | |
| Fuente de datos: Informe SEREMI de Salud. | | |
| Línea de Base: Sin Línea de Base | Meta: 95% | |
| Factor crítico de éxito: otorgar inmunización contra la hepatitis B a la población infantil para disminuir el riesgo de infección y complicaciones de la hepatitis B. | | |
| Iniciativas: | <ul style="list-style-type: none"> - Difundir y educar a la población sobre la importancia de la vacunación. - Coordinación con SEREMI y Equipos de salud de la red | |

| | | |
|--|--|---|
| AMBITO RISS: Modelo Asistencial PERSPECTIVA: Usuarios | Nombre indicador: 2.4.1 Envejecimiento activo. | Responsable de Gestión: Referente Programa Adulto Mayor APS. |
| Estrategia: 2.4.1 Fortalecer estrategias del envejecimiento activo. | Objetivo 2: Contribuir a mejorar la salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral. | |
| <p>Descripción: Este indicador está compuesto por dos subindicadores, el primero sobre la funcionalidad del adulto mayor y el segundo sobre la educación especial en adulto mayor. El Componente N°1 tiene por objeto medir el porcentaje de personas de 60 años y más que ingresan al programa Más egresan completando el ciclo de 6 meses establecido dentro del programa. Al respecto, este componente es medido respecto del avance presentado acorde a la meta de egresos (con ciclo completado) establecido en la orientación técnica del programa, fijada en 80%. El Componente N°2 tiene por objeto medir el porcentaje de personas de 65 años y más, que participan en sesiones de educación especial para el adulto mayor en estimulación de memoria, prevención de caídas y estimulación de la actividad física; respecto de la Población Bajo Control del Programa de Salud del Adulto Mayor por condición de funcionalidad. La meta establecida acorde a los resultados país es de un 10%.</p> | | |
| Frecuencia de medición: Semestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| <p>Fórmula: Funcionalidad adulto mayor: (Número de personas que ingresan al Programa Adulto Mayor como Autovalentes sin riesgo / Población total bajo control por el Programa Adulto Mayor) x100.</p> <p>Educación especial en adulto mayor: [(Porcentaje de personas que completan ciclo en programa Más Adultos Mayores Autovalentes / Meta 80%) x 0,5] + [(Porcentaje de personas que participan en sesiones de educación respecto de la Población Bajo Control de Programa del Adulto Mayor / Meta 10%) x 0,5].</p> | | |
| Fuente de datos: A05, A27 y P05 | | |
| Línea de base: Sin Línea de Base | Meta: - Meta Funcionalidad adulto mayor: Año 1: Línea Base, Año 2: +5%, Año 3: +7% - Meta Educación especial en adulto mayor: Año 1: 80%, Año 2: 90%, Año 3: 100% | |

Factor crítico de éxito: La promoción de estilos de vida saludables para prevenir la dependencia y el aislamiento social de las personas mayores.

| | |
|---------------------|--|
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none">1. Promover el autocuidado de salud en las organizaciones sociales de personas mayores.2. Incrementar el % de atención primaria que programan controles de salud, para una atención integral de personas mayores.3. Mejorar la continuidad de la atención para personas con dependencia severa.4. Mejorar la integración de la red de salud en la Red intersectorial para el fomento del envejecimiento activo. |
|---------------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| Observación del indicador | Indicador se homologa al del Convenio de Desempeño de: Director del SS.BB y Subdirectora Médica de la SS.BB. |
|----------------------------------|--|

ÁMBITO PARTICIPACIÓN CIUDADANA:

| | | |
|---|--|---|
| <p>ÁMBITO DE RISS: Gobernanza y Estrategia</p> <p>PERSPECTIVA: Usuarios.</p> | <p>Nombre indicador: 3.1 Porcentaje de acciones implementadas del plan estratégico de participación ciudadana diseñado por el Servicio de Salud para el año T.</p> | <p>Responsable de Gestión: Jefe Depto. Gestión Pública y Jefe de Unidad de Participación Ciudadana.</p> |
| <p>Estrategia: 3 Fortalecer y empoderar a las organizaciones sociales para la corresponsabilidad en salud.</p> | <p>Objetivo: 3. Fortalecer la participación ciudadana desde un enfoque de derechos para mejorar el acceso de la población a las diversas estrategias, fortaleciendo el buen uso de red a través de mecanismos de comunicación efectivos que lleguen a los usuarios.</p> | |
| <p>Descripción: Este indicador tiene por objetivo fortalecer la participación ciudadana efectiva con perspectiva territorial, con pertinencia intercultural y enfoque de derechos potenciando el trabajo colaborativo de los equipos de salud de la red, la comunidad usuaria y las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. Lo que permita mejorar el conocimiento en relación a los temas de salud.</p> | | |
| <p>Frecuencia de medición: Trimestral</p> | <p>Tipo de unidad: Porcentaje</p> | <p>Polaridad: Los valores altos son buenos.</p> |
| <p>Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de acciones del plan estratégico de participación ciudadana implementadas del año T} / \text{Total de acciones del plan estratégico del plan de participación ciudadana comprometidas para el año t}) * 100$</p> | | |
| <p>Fuente de datos: Informe plan estratégico participación ciudadana (formato MINSAL)</p> <p>Informe ejecutivo correspondiente a plan de acción de emergencia y desastre (formato MINSAL)</p> | | |
| <p>Línea de base: 100%</p> | <p>Meta: 80% y 20%</p> | |
| <p>Factor crítico de éxito: Participación ciudadana con perspectiva territorial, pertinencia intercultural y enfoque de derecho.</p> | | |
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo con áreas del intra e intersector: Interculturalidad, discapacidad, emergencias y desastres COSOC, migrantes, adulto mayor, género, OIRS, entre otras. 2. Alianzas organizaciones comunitarias. 3. Coordinación de reuniones masivas (red) hacia la comunidad en conjunto con | |

| | |
|---|---|
| | <p>intersector y directivos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Talleres de comunicación a usuarios y funcionarios donde se difunda el buen uso de la red asistencial. 5. Actividades con directivos y/o autoridades, puntualmente puntos de prensa, donde se difunda por los distintos medios de comunicación de la provincia. 6. Capsulas de TV locales y ministeriales. 7. Activación continua de las redes sociales. |
| <p>Línea de base:</p> <p>Sin Línea de Base</p> | <p>Meta por corte:</p> <p>I Corte: Elaboración del Plan Estratégico de Participación Ciudadana del Servicio de Salud (acciones 1 y 2).</p> <p>II Corte: Ejecución de acciones para dar cumplimiento al Plan Estratégico de Participación Ciudadana (acciones 3, 4 y 5)</p> <p>III Corte: Ejecución de acciones para dar cumplimiento al Plan Estratégico de Participación Ciudadana (acciones 6, 7 y 8).</p> <p>IV Corte: Ejecución de acciones para dar cumplimiento al Plan Estratégico de Participación Ciudadana / Evaluar el Plan Estratégico de Participación Ciudadana 2019 (acciones 9, 10, 11 y 12)</p> |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 16.1 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizado por año).</p> |

ÁMBITO DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS:

| | | |
|--|---|---|
| <p>ÁMBITO DE RISS: Organización y Gestión</p> <p>PERSPECTIVA: Formación y Crecimiento</p> | <p>Nombre indicador: 4.2.1 Porcentaje de cumplimiento del plan de capacitación y formación.</p> | <p>Responsable de Gestión: Jefe Depto. Desarrollo de las Personas.</p> |
| <p>Estrategia: 4.2 Cierre de brechas por competencia.</p> <p>Objetivo 4: Implementar políticas y estrategias que permitan contar con recurso humano calificado, centrado en el usuario, en concordancia con un modelo de gestión por competencias, en un marco de trabajo de equipo para favorecer el desarrollo de ambientes de trabajo saludables.</p> | | |
| <p>Descripción: Este indicador permite medir el cumplimiento de las actividades de capacitación realizadas para los funcionarios de la Red Asistencial.</p> | | |
| <p>Frecuencia de medición: Trimestral</p> | <p>Tipo de unidad: Porcentaje</p> | <p>Polaridad: Los valores altos son buenos</p> |
| <p>Fórmula: (Nº de actividades de capacitación en el año T/ Nº de actividades capacitación planificadas en el año T)X100</p> | | |
| <p>Fuente de datos: SIRH</p> | | |
| <p>Línea de base: Sin línea de base.</p> | <p>Meta: 50%</p> | |
| <p>Factores Críticos de Éxito: Llevar a cabo el plan de capacitación en todos los niveles de la Red.</p> | | |
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación. 2. Elaborar, difundir e implementar el plan de capacitación. 3. Coordinación entre Referentes de capacitación de la Red. 4. Levantar requerimientos de capacitación, con énfasis en las brechas. | |

| | | |
|--|---|---|
| ÁMBITO DE RISS: Organización y Gestión PERSPECTIVA: Formación y Crecimiento | Nombre indicador: 4.3.1 Índice de ausentismo laboral. | Responsable de Gestión: Jefe Depto. Calidad de Vida |
| Estrategia: 4.3 Cumplir con el plan de Calidad de Vida Laboral. | Objetivo 4: Implementar políticas y estrategias que permitan contar con recurso humano calificado, centrado en el usuario, en concordancia con un modelo de gestión por competencias, en un marco de trabajo de equipo para favorecer el desarrollo de ambientes de trabajo saludables. | |
| Descripción: Este indicador tiene por objetivo disminuir el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa de los funcionarios y funcionarias pertenecientes al Servicio de Salud Biobío mediante acciones coordinadas en materias administrativas y de gestión. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Índice (días) | Polaridad: Los valores bajos son buenos |
| Fórmula: (Total de días de ausentismo por licencia médica curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazo/(Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias a la fecha de corte)) | | |
| Fuente de datos: SIRH | | |
| Línea de base: Año 2019 | Meta: Disminuir el ausentismo laboral en relación a la línea de base (según COMGES 2020) | |
| Factores Críticos de Éxito: Compromiso institucional en materias de gestión y desarrollo de las personas, con enfoque preventivo y permanente a lo largo del ciclo de vida laboral. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Generar plan de abordaje para disminuir el ausentismo laboral, aplicando las medidas institucionales de abordaje, tanto para la prevención como para el manejo del ausentismo. 2. Lograr en el sector una eficiente gestión del ausentismo por licencia médica curativa, con enfoque en medidas de ajuste tendientes a la contención del gasto del subtitulo 2147. 3. Implementar planes de acción que aborden los diversos ámbitos de la gestión y desarrollo de personas que permitan mejorar las condiciones laborales del personal, con una mirada preventiva y de ciclo de vida laboral, enfocados en la normativa vigente 48, y las instrucciones que impartirá la Comisión de Ausentismo Ministerial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 4. Articular el trabajo de los distintos departamentos de las Subdirecciones de Gestión y Desarrollo de Personas para lograr un enfoque preventivo del ausentismo, desde el | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>inicio del ciclo de vida laboral.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Apoyar y acompañar integralmente a aquellos funcionarios y funcionarias que se encuentren afectados en su salud, desde una perspectiva biopsicosocial, definiendo intervenciones según complejidad de cada problemática. 6. Disminuir el número de días de ausentismo del personal por licencias médicas curativas durante el período 2019-2022. |
| Observación del indicador: | Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 21.1 al igual que notas del indicador. |

| | | |
|---|---|---|
| ÁMBITO DE RISS :Organización y Gestión/Asignación de incentivos Perspectiva: Formación y Crecimiento | Nombre indicador: 4.3.2 Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Calidad de Vida Laboral. | Responsable de Gestión: Jefe Depto. Calidad de Vida. |
| Estrategia: 4.3 Cumplir con el plan de calidad de vida laboral Objetivo 4: Implementar políticas y estrategias que permitan contar con recurso humano calificado, centrado en el usuario, en concordancia con un modelo de gestión por competencias, en un marco de trabajo de equipo para favorecer el desarrollo de ambientes de trabajo saludables. | | |
| Descripción: Implementar estrategias para fortalecer la calidad de vida laboral, mediante la ejecución del plan de trabajo local, implementando procesos de mejora continua. | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Nº de actividades ejecutadas del plan de calidad de vida laboral de la red asistencial del año T/ Nº de actividades programadas del plan de calidad de vida laboral de la red asistencial del año T)x 100 | | |
| Fuente de datos: Informe de avance del cumplimiento del Depto., de Calidad de Vida | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: 95% | |
| Factor Crítico de éxito: Implementación de planes de mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar acciones comprometidas anualmente en los planes locales 2. Monitorear el cumplimiento del plan 3. Incorporar procesos de mejora continua 4. Asesoría y apoyo a los equipos locales 5. Coordinación de la Red Asistencial, para el cumplimiento de las estrategias | |

| | | |
|--|---|--|
| ÁMBITO DE RISS: Organización y Gestión/Asignación de incentivos PERSPECTIVA: Formación y Crecimiento | Nombre indicador: 4.5.1 Número de convenios realizados con centros formadores. | Responsable de Gestión: Profesional encargado de relación asistencial docente. |
| Estrategia: 4.6 Relación Asistencial Docente | Objetivo 4: Implementar políticas y estrategias que permitan contar con recurso humano calificado, centrado en el usuario, en concordancia con un modelo de gestión por competencias, en un marco de trabajo de equipo para favorecer el desarrollo de ambientes de trabajo saludables. | |
| Descripción: El vínculo del sector salud con educación, es una estrategia de fortalecimiento, cooperación y desarrollo que permite a las instituciones dar respuesta a las necesidades de formación de profesionales y técnicos de salud, así como demás carreras que se han integrado al que hacer del sector. La formalización de convenios da una base estructural a las organizaciones que les permite dar cuenta de las políticas públicas, de la transparencia del vínculo, de las responsabilidades, y de cómo se da respuesta al desarrollo país. | | |
| Frecuencia de medición: Anual | Tipo de unidad: Número entero | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: Nº de convenios autorizados por Servicio de Salud en cumplimiento de norma en año T | | |
| Fuente de datos: Informe de avance del cumplimiento del Profesional encargado de Relación Asistencial Docente. | | |
| Línea de base: N/A | Meta: N/A | |
| Factor Crítico de éxito: Mantener convenios autorizados por el Servicio de Salud con centros formadores en cumplimiento de la norma vigente | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Generar las reuniones de Comisión de Relación Asistencial Docente integrada por los directivos de los 8 establecimientos, con el fin de determinar la autorización de continuidad de convenios. 2. Emitir los oficios correspondientes a los centros formadores para generar y mantener los actos administrativos al día. | |

| | | |
|--|---|---|
| ÁMBITO DE RISS: Organización y Gestión PERSPECTIVA: Formación y Crecimiento | Nombre indicador: 4.6.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades de encasillamiento Ley N° 20.972. | Responsable de Gestión: Jefe Depto. Gestión de las Personas. |
| Estrategia: 4.7 Carrera funcionaria | Objetivo 4: Implementar políticas y estrategias que permitan contar con recurso humano calificado, centrado en el usuario, en concordancia con un modelo de gestión por competencias, en un marco de trabajo de equipo para favorecer el desarrollo de ambientes de trabajo saludables. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de las actividades de encasillamiento Ley N° 20.972. | | |
| Frecuencia de medición: Semestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos |
| Fórmula: (Nº de etapas realizadas en el año T/Nº de etapas planificadas en el año T) X 100 | | |
| Fuente de datos: SIRH | | |
| Línea de base: Sin línea de base. | Meta: 90 % 2019 Meta: 100 % 2020 | |
| Factores Críticos de Éxito: Cumplir con el proceso de encasillamiento Ley N° 20.972- | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Procesos de revisión de antecedentes de funcionarios participantes y postulantes, en hoja de vida SIRH y SIAPER (Sistema de información de Contraloría). 2. Regularización según hallazgos en hoja de vida con antecedentes pendientes en SIAPER, por parte de las Unidades de Personal de toda la red. 3. Confección de archivadores con antecedentes de cada etapa y estamento del proceso de encasillamiento, en 3 copias cada uno, lo que facilita la revisión por parte de Contraloría. 4. Reuniones con referente de Encasillamiento MINSAL. 5. Reuniones informativas y de coordinación equipo técnico de la Dirección y su red. 6. Reuniones informativas con Asociaciones Gremiales. 7. Reuniones informativas ampliadas por establecimientos dependientes de la red. | |

ÁMBITO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN:

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| ÁMBITO DE RISS: Organización y Gestión/Asignación de incentivos PERSPECTIVA: Organización y Gestión Procesos Internos | | Nombre indicador: 5.1 Porcentaje de avance SIDRA en implementación de registro clínico electrónico en los procesos priorizados en el período (Agenda, Referencia/Contra-Referencia, Ambulatorio, Urgencia y Tabla Quirúrgica). | Responsable de Gestión: Jefe Depto. de TICS |
| Estrategia: 5.1 Fortalecimiento del desarrollo de la tecnología e innovación: Telemedicina, Integración con Hospital Digital, Aplicaciones móviles, etc. | | Objetivo: 5 Implementar tecnologías de la información en la Red Asistencial para facilitar el acceso y disponibilidad de la información de las personas, contribuyendo a la mejora continua de la calidad de la atención. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de avance del plan de implementación del SIDRA en la Red Asistencial, en los procesos priorizados. | | | |
| Frecuencia de medición: Trimestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos. | |
| Fórmula: (Número de hitos cumplidos según plan de trabajo SIDRA en el período t / N° total de hitos planificados en el plan de trabajo SIDRA para el período t) x 100. | | | |
| Fuente de datos: Depto., de Recursos Físicos, reportes SIGFE. | | | |
| Factor crítico de éxito: Relevar a nivel directivo de los Servicios de Salud el cumplimiento de la agenda de implementación de estrategia SIDRA. | | | |

| | |
|---|---|
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con equipos de trabajo interdisciplinarios a cargo de la estrategia SIDRA, integrados por profesionales de distintas áreas de gestión (Clínica, administrativa, gestión de la información, estadística y TIC). 2. Contar con un plan de trabajo que aborde los lineamientos entregados por la Estrategia SIDRA para el periodo. 3. Avanzar en el proceso de implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud del país. 4. Lograr la interoperabilidad de sistemas clínicos de la red, asegurando que la información de los pacientes pueda ser accedida desde un único punto. 5. Establecer procesos de validación de datos, asegurando la completitud y calidad de los registros. |
| <p>Línea de base:</p> <p>Sin línea de base</p> | <p>Metas por corte:</p> <p>I Corte:</p> <p>Cumplimiento del 100% de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.</p> <p>II Corte:</p> <p>Cumplimiento del 100% de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.</p> <p>III Corte:</p> <p>Cumplimiento del 100% de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.</p> <p>IV Corte:</p> <p>Cumplimiento del 100% de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.</p> |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 22.1 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizar por año)</p> |

ÁMBITO DE RECURSOS FÍSICOS

| | | |
|---|---|--|
| <p>ÁMBITO de RISS: Asignación de recursos e incentivos</p> <p>PERSPECTIVA: Financiera</p> | <p>Nombre indicador: 6.1 Porcentaje de presupuesto devengado en los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado.</p> | <p>Responsable de Gestión: Jefe Depto. Recursos Físicos</p> |
| <p>Estrategia: 6.1 Diseño de la cartera de inversión provincial</p> | <p>Objetivo: Ejecutar el plan nacional de inversiones en la provincia del Biobío para el cumplimiento de la cartera de inversiones establecida.</p> | |
| <p>Descripción: Este indicador mide el cumplimiento del Plan de inversiones de la Provincia del Biobío de acuerdo a la cartera de inversiones establecida.</p> | | |
| <p>Frecuencia de medición: Trimestral</p> | <p>Tipo de unidad: Porcentaje</p> | <p>Polaridad: Los valores altos son buenos</p> |
| <p>Fórmula: $(\text{Monto del gasto ejecutado (Devengado) en Proyectos de Inversión en los Servicios de Salud del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el período t} / \text{Monto inversión decretada para el período t}) \times 100$</p> | | |
| <p>Fuente de datos: 1. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. 2. Denominador: Montos Decretados (Decretos).</p> | | |
| <p>Factor crítico de éxito: Contar con información actualizada respecto de la ejecución física y financiera de los proyectos de inversión, lo que permitirá la asignación y reasignación adecuada y a tiempo de recursos.</p> | | |
| <p>Iniciativas:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar el cumplimiento de la ejecución del presupuesto de inversión del Servicio de Salud en relación a monto de inversión programada para el período. 2. Actualizar la información del banco Integrado de proyectos de acuerdo a SIGFE, respecto a la ejecución financiera de los proyectos de inversión. 3. Contar con cierre contable mensual de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32. | |
| | | |

| | |
|---|---|
| <p>Línea de base:</p> <p>Sin línea de base</p> | <p>Metas por corte</p> <p>I Corte:</p> <p>Envío de verificables con respecto a la ejecución financiera de proyectos de inversión en los Servicios d Salud del Plan de Inversiones establecido en el plan de gobierno respecto de lo decretado para el período.</p> <p>II Corte:</p> <p>20% Ejecución financiera de proyectos de inversión en los Servicios de Salud del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno respecto de lo decretado para el período.</p> <p>III Corte:</p> <p>45% Ejecución financiera de proyectos de inversión en los Servicios de Salud del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno respecto de lo decretado para el período.</p> |
| <p>Observación del indicador</p> | <p>Tabla de sensibilidad se homologa a cada corte COMGES 23.1 al igual que notas del indicador de acuerdo a COMGES (Actualizar por año).</p> |

| | | |
|---|---|---|
| Ámbito de RISS: Gobernanza y Estrategia PERSPECTIVA: Financiera. | Nombre indicador: 6.3 Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos en establecimientos dependientes de la Dirección de Servicio de Salud. | Responsable de Gestión: Jefe Depto. Recursos Físicos/ Encargado Unidad de Equipamiento y Mantenimiento/Prof. U. Equipamiento y Mantenimiento |
| Estrategia: 6.3 Acreditación Institucional. | Objetivo: Ejecutar el plan nacional de inversiones en la provincia de Biobío asegurando acciones definidas con criterios de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos asignados para dar cumplimiento a la cartera de inversiones. | |
| Descripción: Este indicador mide el plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos y de las unidades de apoyo, según lo definido por la acreditación de calidad. | | |
| Frecuencia de medición: Semestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores altos son buenos, pues describen la buena gestión de inversiones en el ámbito financiero. |
| Fórmula: (Número de mantenciones realizadas en el establecimiento en el período/Total de mantenciones programadas en el plan anual de mantención preventiva del establecimiento en el período)*100 | | |
| Fuente de datos: 1. Resolución del plan anual de mantención preventiva de equipos médicos, planilla anual de planificación unidad de equipos médicos (programación y ejecución), planilla anual de catastro y seguimiento vida útil de equipos médicos, planilla de gasto asociado a mantención preventiva y correctiva. 2. Denominador: Montos decretados (decretos). | | |
| Línea de base: S.L.B. | | |
| Razonamiento meta: | Ejecutar el plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos, apunta a conservarlos y asegurar los servicios asociados a su uso en condiciones de cumplir con la función para la cual fueron adquiridos, en el orden de mantener su optima capacidad y calidad especificada. | |

| | |
|---------------------|---|
| Iniciativas: | Unificar criterios de completitud de planilla excel de Hospitales de la Familia y la Comunidad. |
|---------------------|---|

ÁMBITO DE RECURSOS FINANCIEROS

| | | |
|---|---|---|
| ÁMBITO RISS: Asignación de recursos e incentivos PERSPECTIVA: Financiera | Nombre indicador: 7.1 Coeficiente de Cumplimiento del Equilibrio Financiero. | Responsable de Gestión: Jefe Finanzas |
| Estrategia: 7.1 Sistema de control presupuestario en la red. | Objetivo 7: Velar por el uso eficiente de los recursos financieros y presupuestarios de la red del SSBB., con el fin de lograr el equilibrio financiero y contribuir al logro sanitario | |
| Descripción: Este indicador tiene por objetivo medir la relación que debe existir entre los gastos operacionales devengados y los ingresos operacionales recaudados de la red asistencial pública. | | |
| Frecuencia de medición: Anual, monitoreo Semestral | Tipo de unidad: Coeficiente | Polaridad: Los valores bajos son buenos. |
| Fórmula: (Gastos operacionales devengados en los últimos doce meses año T/ Ingresos operacionales recaudados en los últimos doce meses año T) | | |
| Fuente de datos: SIGFE | | |
| Línea de base: | Meta: < = 1.03 | |
| Razonamiento meta: Mantener el equilibrio financiero de los establecimientos de la red sin sobrepasar el presupuesto anual asignado de acuerdo a glosas presupuestarias. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un presupuesto acorde a los ingresos. 2. Monitorear el gasto realizado por el establecimiento. 3. Establecer políticas de contención de gastos. | |
| Observación del indicador | Tabla de sensibilidad se ajusta a la meta del < = 1.03, en relación al EAR_ A 1.2.2. | |

| | | |
|---|---|---|
| ÁMBITO RISS: Asignación de recursos e incentivos PERSPECTIVA: Financiera | Nombre indicador: 7.2 Coeficiente de ajuste presupuestario en la ejecución del Subtítulo 21. | Responsable de Gestión: Jefe Depto., Finanzas y Jefe de Depto., Gestión de las Personas. |
| Estrategia: 7.2 Realizar informe de ejecución financiera del gasto de honorarios de los establecimientos dependientes | Objetivo 7: Velar por el uso eficiente de los recursos financieros y presupuestarios de la red del SSBB., con el fin de lograr el equilibrio financiero y contribuir al logro sanitario. | |
| Descripción: Este indicador tiene por objetivo medir el gasto realizado por los establecimientos dependientes correspondiente al subtítulo 21, en relación a la glosa autorizada. | | |
| Frecuencia de medición: trimestral | Tipo de unidad: coeficiente | Polaridad: Los valores bajos son buenos. |
| Fórmula: $(\text{Gasto Devengado Subtítulo 21 (t)} / \text{Presupuesto Vigente Subtítulo 21 (t)}) \leq (\text{Gasto Devengado Subtítulo 21 (t-1)} / \text{Presupuesto Cierre Subtítulo 21 (t-1)})$ | | |
| Fuente de datos: SIGFE, SIRH e informe de ejecución del Subtítulo 21 | | |
| Línea de base: | Meta Año 1: $X(t) \leq X(t-1)$, Elaboración Informe Análisis Ejecución Subtítulo 21, Elaboración Plan de Trabajo con Cronograma, Ejecución del Plan de Trabajo Meta Año 2: $X(t+1) \leq X(t)$ $(\text{Gasto Devengado Subtítulo 21 (t)} / \text{Presupuesto Vigente Subtítulo 21 (t)}) \leq (\text{Gasto Devengado Subtítulo 21 (t-1)} / \text{Presupuesto Cierre Subtítulo 21 (t-1)})$ Meta Año 3: $X(t+1) \leq X(t) - 0,020$ | |
| Factor Crítico de Éxito: Mantener el gasto del subtítulo 21 dentro de la glosa autorizada en los establecimientos dependientes, de la Red. | | |
| Iniciativas: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorear el gasto realizado por el establecimiento por subtítulo 21. 2. Establecer nodos críticos del establecimiento. 3. Realizar planes de contención de gastos por subtítulo 21. | |

| Tipo de Meta | Año 1 | Puntuación |
|---------------------------|---|---------------------|
| 1 | 1. $X(t) \leq X(t-1)$ | 2. Si = 50% No = 0% |
| 2 | 3. Elaboración Informe Análisis Ejecución Subtitulo 21. | 4. Si = 50% No = 0% |
| Observación del indicador | Tabla de sensibilidad se ajusta a la meta del convenio de desempeño ADP del Director de Servicio. | |

| | | |
|---|---|--|
| ÁMBITO RISS: Asignación de recursos e incentivos PERSPECTIVA: Financiera | Nombre indicador: 7.3 Porcentaje de disminución de la deuda. | Responsable de Gestión: Jefe Depto., Finanzas . |
| Estrategia: 7.3 Priorizar las intermediaciones de fármacos a través de Cenabast así como las compras conjuntas de fármacos e insumos | Objetivo 7: Velar por el uso eficiente de los recursos financieros y presupuestarios de la red del SSBB., con el fin de lograr el equilibrio financiero y contribuir al logro sanitario. | |
| Descripción: Este indicador mide el porcentaje de deuda subtítulo 22 en el período n-1 en relación al período actual. | | |
| Frecuencia de medición: Semestral | Tipo de unidad: Porcentaje | Polaridad: Los valores bajos son buenos. |
| Fórmula: $(\text{Monto deuda total acumulada Subtítulo 22 en el período n-1} - \text{Monto deuda total acumulada Subtítulo 22 en el período n}) / (\text{Monto deuda total acumulada Subtítulo 22 del período n-1}) \times 100 + (\text{Monto deuda sobre 60 días Subtítulo 22 en el período n} / \text{Monto deuda total Subtítulo 22 en el período n}) \times 100$ | | |
| Fuente de datos: SIGFE, SIRH e informe de ejecución del Subtítulo 21 | | |
| Línea de base: Sin línea de base | Meta: > 90% | |
| Factor Crítico de Éxito: Mantener el gasto del subtítulo 22 dentro de la glosa autorizada en los establecimientos dependientes, de la Red. | | |
| Iniciativas: | Contener gasto subtítulo 22, mediante las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la intermediación por CENABAST. • Disminuir compras de servicio. • Contener el gasto de publicidad y difusión. • Fomentar compras en conjunto. | |