



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DPTO. DE CONTROL DE GESTIÓN SRA
JAA/MCA/FGN/FLP



50

3358

ORDINARIO C16 / N° _____

ANT.: Resolución Exenta N° 701 del 2019 del Ministerio de Salud, que fija las Metas Sanitarias Nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2020.

MAT.: Envía Orientaciones Técnicas complementarias Metas Sanitarias funcionarios de la Ley 18.834 año 2020.

SANTIAGO, 26 OCT 2020

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

En el marco del proceso de suscripción, monitoreo y cumplimiento de las Metas Sanitarias, comprometida por los equipos de trabajo de los establecimientos de los Servicios de Salud del país, adjunto a ustedes Orientaciones Técnicas complementarias de las Metas Sanitarias correspondientes a la Ley 18.834 año 2020, para su conocimiento aplicación y difusión en los equipos técnicos.

Todas las dudas o consultas deberán ser remitidas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría, a los mails de las profesionales que se indican a continuación fabiola.lopez@minsal.cl o fgalleguillos@minsal.cl.

Saluda atentamente a Ud.,



ARTURO ZUÑIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Servicios de Salud de país.
- Equipos de Control, de Gestión, Servicios de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Dpto. Control de Gestión Gabinete SRA, Minsal.
- Archivo Oficina de Partes, Minsal.



ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS AÑO 2020

Metas de Desempeño Institucional
Establecimientos Dependientes Servicios de Salud

Funcionarios Regidos por el Estatuto Administrativo Ley 18.834

Metas de Desempeño Institucional, Decreto Supremo Nº 123 del 2004

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN

Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	5
III.	ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020.....	6
1.	Metas sanitarias Establecimientos de Alta, Mediana y Baja complejidad de la red de Servicios de Salud.....	6
1.1	Pacientes diabéticos compensados.....	6
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	7
1.2	Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes.....	8
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	8
1.3	Pacientes hipertensos compensados.....	10
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	10
1.4	Lactancia materna exclusiva.....	12
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	12
1.5	Atención Ambulatoria de Consultas de Profesionales no Médicos.....	14
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	14
1.6	Categorización de Pacientes en Urgencia con herramienta ESI en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH).....	15
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	15
1.7	Categorización de pacientes hospitalizados con instrumento CUDYR en Unidades funcionales de cuidados.....	18
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	19
1.8	Atención de Garantías Explícitas en Salud (GES) de acuerdo a normativa vigente.....	27
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	27
1.9	Hospitalización desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH).....	29
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	29
2.	Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2020 Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018.....	30
2.1	Porcentaje de llamadas al 131 CONTESTADAS.....	30
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	31
2.2	Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 10 segundos.....	31

Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	31
2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 20 segundos.....	32
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	32
2.4 Entrega de indicaciones de Soporte Vital Básico de atención de pacientes por Reanimación Cardiopulmonar en Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), dependientes de los Servicios de Salud.....	33
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	33
2.5 Traslado de pacientes según protocolo de sujeción y control hemodinámico realizado por Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad, de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) dependientes de los Servicios de Salud.....	34
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	34
3. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.....	35
3.1 Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011 - 2020.....	35
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	36

I. INTRODUCCIÓN

A través de la Resolución N° 701 del año 2019, el Ministerio de Salud fijó las Metas Sanitarias Nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2020, conforme al decreto N°123 del 2004 que reglamenta el otorgamiento de asignaciones de estímulos por desempeño colectivo.

Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del Ord. N° 3792 del 04 de septiembre del año 2019, envió a los Servicios de Salud las Orientaciones Técnicas para la formulación, monitoreo y evaluación de las metas, conforme a lo prescrito en el decreto N° 123 de 2004, que beneficia a los funcionarios de los Servicios de Salud regidos por la Ley 18.834.

Las referidas orientaciones, tuvieron como propósito 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. Instrumento que les permite realizar un correcto cumplimiento y monitoreo durante todo el proceso.

En este contexto, el presente documento, tienen un carácter complementario, es decir servirá de soporte auxiliar a las orientaciones enviadas a través del ordinario N° 3792 del 2019. Los equipos técnicos encontrarán, en el presente documento, las orientaciones específicas de los indicadores que rigen para el año 2020, además se incorporó un capítulo especial respecto a la reportaría de los medios de verificación, ya que, la forma en los que los Servicios de Salud informan los referidos documentos dificulta la evaluación de las entidades evaluadoras.

Finalmente, se requiere que los equipos de Control de Gestión estudien con detenimientos las orientaciones técnicas que esta Subsecretaría pone a disposición, para facilitar la formulación, monitoreo y evaluación de las Metas Sanitarias de la Ley 19.937 y, antes dudas o consultas puedan dirigirlas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría.

II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ante las observaciones de los evaluadores respecto a la reportería de los medios de verificación que los Servicios de Salud entregan en la etapa de evaluación, se ha considerado pertinente reforzar algunas consideraciones que los equipos de Control de Gestión deben tener al momento de entregar los antecedentes al organismo evaluador. Estos son:

- 1) Los medios de verificación deben ser los mismo que se establece en el documento que fija las Metas Nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.
- 2) Los datos informados deben coincidir con los medios de verificación, sean estos reportes, bases de datos u otros antecedentes que la autoridad haya fijado para el efecto.
- 3) No se deben adjuntar certificados o documentación adicional, que no sea solicitada como medio de verificación, de acuerdo con la resolución que fija las Metas Sanitarias.
- 4) Las justificaciones por subcumplimiento o sobrecumplimiento, deben ser coherentes, es decir, debe quedar claro la causalidad de los referidos resultados y deben estar debidamente informados, permitiendo al evaluador una fácil comprensión.

III. ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020

1. Metas sanitarias Establecimientos de Alta, Mediana y Baja complejidad de la red de Servicios de Salud.

1.1 Pacientes diabéticos compensados

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Nº de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses.	Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% según último control vigente en los últimos 12 meses + Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, según último control vigente en los últimos 12 meses.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Total de pacientes diabéticos de 15 años y más, bajo control en el nivel primario.	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular.	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥45%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{(\text{Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses}) + (\text{Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses})}{(\text{Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario})} \times 100 \right)$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entiende por paciente diabético compensado aquel que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una HbA1c <7 (grupo etario entre 15 y 79 años) según último control vigente en los últimos 12 meses, más aquellos pacientes del grupo etario de más de 80 años que presente una HbA1c < 8 según último control vigente en los últimos 12 meses.

Los pacientes diabéticos bajo control, son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

Para este indicador se considerará el formulario REM P04, y además realizar un resumen de los resultados, indicando claramente de dónde se obtienen los datos para la construcción de dicho indicador, es por ello que es recomendable que el Departamento de Control de Gestión, revise que el ingreso de datos al sistema se realice según forma y plazo.

Medios de verificación:

REM-P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)															
SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)															
CONCEPTO		TOTAL			15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	0	0	0											
	MODERADO	0	0	0											
	ALTO	0	0	0											
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	0	0	0											
	DIABÉTICOS	0	0	0											
	DISLIPÉMICOS	0	0	0											
	TABAQUISMO + 55 AÑOS	0	0	0											
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MOCARDIO (IAM)	0	0	0											
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBROVASCULAR	0	0	0											

SECCIÓN B: METAS DE COMPENSACIÓN															
CONCEPTO		TOTAL			15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
PERSONAS BAJO CONTROL POR HIPERTENSIÓN	PA < 140/90 mmHg	0	0	0											
	PA < 150/90 mmHg	0	0	0											
PERSONAS BAJO CONTROL POR DIABETES MELLITUS	HbA1c < 7%	0	0	0											
	HbA1c < 8%	0	0	0											
	HbA1c < 7% - PA < 160/90 mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl	0	0	0											
	COLESTEROL LDL < 100 mg/dl	0	0	0											
PERSONAS BAJO CONTROL con antecedentes Enfermedad Cardiovascular (ECV)	En tratamiento con Acido Acetilsalicílico	0	0	0											
	En tratamiento con Estatina	0	0	0											

Indicador: Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más	
Hospital xxx	Fuente
Numerador	C35 + C36 REM P04
Denominador	C17 REM P04
% Cumplimiento	245%

1.2 Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes

OBJETIVO DEL PROCESO	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t.	Nº de personas con DM2 que reciben una evaluación del estado de sus pies por profesional clínico en atención primaria para evitar lesiones.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario.	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular.	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥90%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y C		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t}}{\text{Nº total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

La meta tiene por objetivo asegurar que a toda persona con diabetes bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan diferenciado de seguimiento y educación según nivel de riesgo, para prevenir estas complicaciones. La fuente de información es el REM P04.

Medios de verificación:

REM-P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

CONCEPTO	TOTAL		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40
	Ambo sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MODERADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ALTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAS BAJO CONTROL SEGUN PATOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DIABETICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DISLIPIDEMICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TABAQUISMO > 55 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE

VARIABLES	TOTAL	EDAD (en años)		SEXO	
		15 a 64	65 y más	Hombres	Mujeres
PERSONAS DIABETICAS EN PSCV					
CON RAZON ALBUMINA CREATININA (PAC) VIGENTE	0				
CON VELOCIDAD DE FILTRACION GLOMERULAR (VFG) VIGENTE	0				
CON FONDO DE OJO VIGENTE	0				
CON ATENCION PODOLOGICA VIGENTE	0				
CON ECG VIGENTE	0				
EN TRATAMIENTO CON INSULINA	0				
EN TRATAMIENTO CON INSULINA QUE LOGRA META CON HbA1c SEGUN EDAD	0				
CON HbA1c < 8%	0				
EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA II	0				
CON UN EXAMEN DE COLESTEROL VIGENTE	0				
CON EVALUACION VIGENTE DEL PIE SEGUN PAUTA DE ESTIMACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN PERSONAS CON DIABETES	0				
		Riesgo bajo			
		Riesgo moderado			
		Riesgo alto			
		Riesgo maximo			
CON ULCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADAS CON CURACION	0				
		Curación Convencional			
		Curación Avanzada			
CON AMPUTACION POR PIE DIABETICO	0				
CON DIAGNOSTICO ASOCIADO DE HIPERTENSION ARTERIAL	0				

Indicador: Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control

Hospital: XXX	Fuente
Numerador	C55 + C56 + C57 + C58 REM P04
Denominador	C17 REM P04
% de Cumplimiento	≥90%

1.3 Pacientes hipertensos compensados

OBJETIVO DEL PROCESO	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Nº de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses.	Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg según último control vigente en los últimos 12 meses + Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Total de pacientes hipertensos de 15 años y más, bajo control en el nivel primario.	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular.	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥68%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{(\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo } 140/90 \text{ mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo } 150/90 \text{ mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses})}{(\text{N}^\circ \text{ total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario})} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entiende por paciente hipertenso compensado aquel que cuyo grupo etario está entre 15 y 79 años, habiendo sido diagnosticado con presión arterial persistentemente elevada ($> \text{o} = \text{a } 140/90$ mmgh) registra una presión arterial menor a $PA < 140/90$ mmHg en ultimo control vigente en los últimos 12 meses, más los pacientes del grupo etario de 80 y más años, con presión arterial menor a $PA < 150/90$ mmgh en último control vigente en los últimos 12 meses.

Los pacientes hipertensos bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04.

Medios de verificación:

REM-P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)														
SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)														
CONCEPTO	TOTAL			15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	0	0	0										
	MODERADO	0	0	0										
	ALTO	0	0	0										
PERSONAS BAJO CONTROL SEGUN PATOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	0	0	0										
	DIABETICOS	0	0	0										
	DISLIPIDEMICOS	0	0	0										
	TABAGISMO+ 55 AÑOS	0	0	0										
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	0	0	0										
ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	0	0	0											

SECCIÓN B: METAS DE COMPENSACIÓN														
CONCEPTO	TOTAL			15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
PERSONAS BAJO CONTROL POR HIPERTENSION	PA < 140/90 mmHg	0	0	0										
	PA < 150/90 mmHg	0	0	0										
PERSONAS BAJO CONTROL POR DIABETES MELLITUS	HbA1C < 7%	0	0	0										
	HbA1C < 8%	0	0	0										
	HbA1C < 7% - PA < 140/90mmHg y Colsterol LDL < 100 mg/dl	0	0	0										
	COLESTEROL LDL < 100 mg/dl	0	0	0										
PERSONAS BAJO CONTROL con antecedentes Enfermedad Cardiovascular (ECV)	En tratamiento con Acido Acetilsalicilico	0	0	0										
	En tratamiento con Estatina	0	0	0										

Indicador: Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más	
Hospital: XXX	Fuente
Numerador	C33 + C34 REM P04
Denominador	C16 REM P04
% de Cumplimiento	≥88%

1.4 Lactancia materna exclusiva

OBJETIVO DEL PROCESO	Incentivar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable, previniendo obesidad y otras enfermedades no transmisibles.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva.	Corresponde a los RN vivos egresados con administración única de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua); exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de egresos de maternidad.	Corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo y los egresos de recién nacido del servicio clínico de maternidad.	Eficacia	Resultado	Hospitales con maternidad y que presentan partos durante el año.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 93%	Anual	REM A 24		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Número de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva}}{\text{Número de egresos de maternidad}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna

exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial.

La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana contiene una variedad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos. Esta propiedad es más relevante en países en desarrollo con elevadas cifras de morbilidad infantil por enfermedades diarreicas u otras infecciones. La leche humana, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico.

Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera.

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de lactancia materna se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS. El indicador tiene por objeto incentivar la indicación de lactancia materna exclusiva (LME) en todas las Unidades Hospitalarias del país, que cuenten con Servicios Gineco-obstétricos y de Neonatología.

La meta sanitaria de la Ley 18.834 de LME al alta hospitalaria se medirá sólo en las Maternidades, excluyendo las altas de los servicios de Neonatologías. El Medio de verificación se obtiene del REM A24 Sección E, donde se informan todas las Altas de los servicios indicados. Para efecto de evaluación de la Meta Sanitaria, se deberá considerar a los menores que responden a lo descrito en el **informe de apelación (documento adjunto) realizando de manera manual el descuento en el Numerador y Denominador de los lactantes con incompatibilidad de ser amamantados**. Los lactantes con madres portadoras de VIH+ o HTLV-1, no requieren del informe de apelación, pero deben ser contabilizados en planillas de información para el descuento en el numerador y denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.

Respecto al informe de apelación es preciso señalar lo siguiente:

- El Profesional al que corresponde realizar el llenado del registro es el médico que indicó la fórmula.
- El formulario es individual y deben existir tantos como número menores que egresaron sin lactancia materna exclusiva.

Medio de verificación:

- REM A24 Sección E

1.5 Atención Ambulatoria de Consultas de Profesionales no Médicos

OBJETIVO DEL PROCESO	Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiara, optimizando al máximo el recurso profesional en la entrega de las prestaciones requeridas.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos hospitalarios de alta, mediana complejidad y CRS dependientes.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año t.	Corresponde a la cantidad de consultas efectivamente realizadas por profesionales no médicos en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año t.	Corresponde a la cantidad total de consultas de profesionales no médicos programadas para el año t según oferta del establecimiento, cuya programación es validada por Minsal.	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana complejidad y CRS dependientes.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Consolidada del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de alta y mediana complejidad, y CRS, del periodo de evaluación enero a diciembre año t. Planillas Excel de Programación año t de totalidad de las horas contratadas, de todos los establecimientos de la Red de profesionales no médicos.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de Servicios de Salud.			$(N^{\circ} \text{ Número de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año t} / N^{\circ} \text{ Total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año t}) \times 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

1. El cálculo y la evaluación del indicador considera la actividad de consultas de profesionales no médicos, de acuerdo con las orientaciones técnicas enviadas desde Minsal.
2. Para efectos del proceso de programación y planificación 2020, se debe seguir los lineamientos ministeriales según la Orientación Técnica de Programación y Planificación en Red del año 2020, disponible en la web Minsal.

Medios de verificación:

1. Planilla Excel de cumplimiento de programación de profesionales no médicos 2020 de totalidad de los Establecimientos de Alta, Mediana Complejidad y CRS.
2. Producción REM 07, sección C.

1.6 Categorización de Pacientes en Urgencia con herramienta ESI en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención a las personas consultantes de las UEH, de acuerdo con su complejidad y gravedad categorizada con la herramienta denominada Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI),				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH de Establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t	Se consideran el total de pacientes categorizados según selector de demanda ESI en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de pacientes con consultas de Urgencia realizadas en UEH de Establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t.	Se consideran el total de pacientes con consultas de urgencias realizadas en el año t.	Proceso	Eficacia	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 90%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador, validada por el Servicio de Salud, que considere los registros de REM A 08, Sección B para el numerador y REM A 08, Sección A para el denominador.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH de Establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes con consultas de Urgencia realizadas en UEH de Establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t.}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El indicador tiene por objetivo potenciar el uso y la implementación de la herramienta Emergency Severity Index (ESI, en español: Índice de Severidad de Emergencia) en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) de Alta Complejidad¹, que corresponde a un Sistema TRIAGE estructurado y estandarizado, sistema que cuenta con suficiente evidencia científica, para ser implementado en las Unidades de Emergencia Hospitalaria²:

¹ Exento N° 108, 29 de junio 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales Sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en Unidades de Emergencia Hospitalaria.

² Manual para la implementación de sistema Triage en los cuartos de Urgencia OPS/OMS diciembre 2012.

“La disponibilidad del sistema de Triage estructurado en las UEH es considerado como un índice de calidad básico y relevante en la relación riesgo -eficiencia ya que además cuenta con la certificación del profesional que lo realiza”.

Este nuevo modelo de categorización, siendo el primer subproceso clínico por medio del cual se asegura la oportunidad de atención de los pacientes, es un sistema de ordenamiento de la atención de los consultantes de las UEH, realizado exclusivamente por enfermería, en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospecha médica diagnóstica. Este profesional aplica el algoritmo estructurado de la herramienta *“Índice de Severidad de Emergencia”*, en la que, con una evaluación estructurada, estandarizada, breve y toma de signos en solamente un grupo de pacientes, asigna al paciente una de las cinco categorías de C1 a C5.

Este subproceso de categorización y priorización, *“permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos”*. Este proceso prioriza la oportunidad de la atención según el riesgo vital y la complejidad de la atención del paciente.

Es importante precisar que el subproceso de categorización corresponde a un ordenamiento de la demanda y no a una atención médica de urgencia, por lo que bajo ningún punto de vista un paciente que ha sido categorizado puede ser derivado desde ese punto a otro centro de atención, ni establecer que su consulta no es pertinente. Una derivación puede ocurrir solamente precedida de una atención médica. Atención médica de Emergencia/Urgencia: *“Es la atención integral de Emergencia/Urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención al Servicio de Urgencia (ya sean atención abierta o cerrada)”*.

Escala de Categorización ESI de Pacientes de la UEH.

La escala estructurada otorga 5 niveles de priorización, los que organizan de la siguiente manera:

Pacientes en situación de alto riesgo: Situación de riesgo vital o de peligro inmediato real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada precoz o incluso de inmediato en algunos casos. En esta categoría se incluye C1 y C2.

En aquellos pacientes que no se encuentran en una situación de alto riesgo, la categorización los segmenta según la complejidad de su atención:

Paciente complejo: Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo vital, que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos. En esta categoría se incluye C3.

Paciente de menor complejidad: Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo vital, que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención no implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos, sino pueda resolverse con la capacidad basal instalada más algún recurso que no demore su atención. En esta categoría se incluye C4 y C5.

El indicador es aplicable a establecimientos de mayor complejidad y para establecimientos de mediana complejidad solo es aplicable si disponen de profesional exclusivo para la función de categorización, y no es aplicable a establecimientos de baja complejidad.

La fuente de información para la construcción del numerador es el REM A 08 - sección B - Columna AN - Fila 63 y para el denominador es el REM A 08, sección A.1 - Columna B - Fila 12 Se debe considerar en la ruta específica a usar en el año 2019, las eventuales actualizaciones de los REM que estén vigentes para el periodo de medición.

Medio de verificación:

- Planilla de cumplimiento del indicador, validada por el Servicio de Salud, que considere los registros de REM A 08 - Sección B para el numerador y REM A 08 - Sección A para el denominador.

1.7 Categorización de pacientes hospitalizados con instrumento CUDYR en Unidades funcionales de cuidados

OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar el proceso de hospitalización en las diferentes unidades funcionales, de manera de facilitar la operacionalización del Modelo de Atención Progresiva.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número DC Categorizados de Camas que se Categorizan de lunes a Domingo.	Corresponde a la suma de días cama (DC) Categorizados, de todas las unidades funcionales del establecimiento que Categorizan de lunes a domingo con instrumento CUDYR.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de lunes a Domingo.	Corresponde a la suma de días cama (DC) Ocupados de todas las unidades funcionales del establecimiento que Categorizan con instrumento CUDYR de lunes a domingo.			
	C- VARIABLE 3	DESCRIPCIÓN VARIABLE 3			
	Número DC Categorizados en Camas que se Categorizan de lunes a viernes.	Corresponde a la suma de días cama (DC) Categorizados, de todas las unidades funcionales del establecimiento que Categorizan de lunes a viernes con instrumento CUDYR.			
D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA	
Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de lunes a viernes.	Corresponde a la suma de días cama (DC) Ocupados de todas las unidades funcionales del establecimiento que Categorizan con instrumento CUDYR de lunes a viernes.				
E- VARIABLE 5	DESCRIPCIÓN VARIABLE 5	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA	
Factor de ajuste = 0,7.	Factor de ajuste por categorización de lunes a viernes con el objeto de obtener un resultado representativo, comparable con el resultado de categorización de lunes a domingo y sea consistente en el resultado de la fórmula, que entrega el porcentaje de categorización de riesgo dependencia de un establecimiento que categoriza de lunes a domingo y también de lunes a viernes de acuerdo a sus unidades funcionales operativas.	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad.	

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR			
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Porcentual	≥ 95%	Anual	<p>Planilla de cumplimiento del indicador (formato enviado por Minsal) validada por el Servicio de Salud, considerando que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los datos de las variables A y C (días cama ocupados), se obtienen de los registros y/o reportes de sistemas informáticos del área enfermería y/o matronería del Establecimiento. • Los datos de las variables B y D (días cama ocupados), se obtiene del sistema REM 20 o de la publicación en DEIS de días cama ocupado de las Unidades Funcionales de Cuidados Críticos, Medios y Básicos.
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ DC Categorizados de Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo} + \text{N}^\circ \text{ DC Categorizados en Camas que se Categorizan de Lunes a Viernes}}{\text{N}^\circ \text{ DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo} + (\text{N}^\circ \text{ DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a Viernes} * 0.7)} \right) * 100.$

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se excluyen de la medición las unidades funcionales de Psiquiatría y Pensionado.

Este indicador tiene por objeto aplicar el instrumento que contribuya a gestionar el proceso de hospitalización en las diferentes unidades asistenciales y mide el porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia, mediante la relación entre los días camas categorizadas y el total de días camas ocupadas.

Para esta categorización se debe:

- Usar el instrumento definido para esta actividad "CUDYR" y se debe aplicar a todos los pacientes que ocupen una cama hospitalaria, incluyendo camas obstétricas.
- Realizarse a los pacientes que a lo menos tienen 8 horas de hospitalización.
- Ser realizado por profesional de enfermería u obstetricia.
- Ser efectuada en un horario diario definido por cada establecimiento, el que debería permanecer invariable de lunes a domingo. Para efectos de este indicador, se solicita registrar esta actividad sólo una vez, independiente de las planificadas por el profesional.
- Incluir a los pacientes que se encuentren deambulando dentro de la unidad o servicio clínico, exceptuando a aquellos pacientes que se encuentren fuera de la unidad, debido a interconsultas o procedimientos.
- Aplicar de lunes a domingo en unidades de cuidados críticos y de lunes a viernes en unidades cuidados medios y básicos.

g) Si el establecimiento cuenta con los recursos para categorizar las unidades de cuidados medios y básicos de lunes a domingo (situación ideal), deberá registrar e ingresar datos según la variable correspondiente.

h) Se solicita realizar una evaluación cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, según Orientación Técnica Evaluación Cruzada CUDYR descrita más adelante.

i) Se debe considerar la capacitación en la aplicación del instrumento como parte del período de orientación de enfermeras y matronas que se incorporan a los establecimientos, y como parte de la capacitación continua.

j) DC = Días Cama

k) 0,7 = Factor de ajuste por categorización de lunes a viernes con el objeto de obtener un resultado representativo, comparable con el resultado de categorización de lunes a domingo y sea consistente en el resultado de la fórmula, que entrega el porcentaje de categorización de riesgo dependencia de un establecimiento que categoriza de lunes a domingo y también de lunes a viernes de acuerdo a sus unidades funcionales operativas.

Formato Planilla de cumplimiento del indicador según formato enviado por Minsal (se adjunta a este documento)

Metas Sanitarias 2019 - Indicador N° 1.6 - Ley 18.834 - Resolución Exenta N° 949 28/SEP/2018		Porcentaje de Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia				
VARIABLES DEL INDICADOR			FÓRMULA DE CÁLCULO			
A	Número DC Categorizados de Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo		$[(A+C) / (B+(D*E))] * 100$			
B	Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo					
C	Número DC Categorizados en Camas que se Categorizan de Lunes a Viernes					
D	Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a Viernes					
E	Factor de ajuste = 0,7					
<small>© Unidad de Control de Gestión y Deplo. Procesos / Digera</small>						
INGRESAR DATOS SÓLO EN LAS CELDAS DE COLOR BLANCO						
ESTABLECIMIENTO 1						
Mes	Categorización de lunes a domingo		Categorización de lunes a viernes		Resultado acumulado al mes que reporta	Meta Indicador ≥ 95%
	A Número DC Categorizados	B Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo	C Número DC Categorizados	D Número DC Ocupados en Camas que se Categorizan de Lunes a viernes	$[(A+C) / (B+(D*E))] * 100$ Porcentaje de Categorización	
enero					0,0%	
febrero					0,0%	●
marzo					0,0%	●
abril					0,0%	●
mayo					0,0%	●
junio					0,0%	●
julio					0,0%	●
agosto					0,0%	●
septiembre					0,0%	●
octubre					0,0%	●
noviembre					0,0%	●
diciembre					0,0%	●
Total Año					0,0%	No Cumple

La categorización de usuarios, según dependencia y riesgo (CUDYR) ofrece un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre.

Esto constituye su principal aporte, al poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería.

En la CUDYR, el valor de cada grupo de cuidados oscila entre cero y tres y está determinado por la complejidad de los cuidados a proporcionar, la diversidad y la frecuencia con que se realizan, y la intensidad en la vigilancia de éstos. El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales preseleccionados, con las acciones programadas y proporcionadas. Se seleccionan tres grupos de autocuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación. El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería.

Con el propósito de asegurar la correcta aplicación del instrumento, es relevante realizar una evaluación cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, que permita evaluar la consistencia y concordancia del registro, según la presente Orientación Técnica.

La calidad de una medida depende tanto de su validez como de su fiabilidad. Mientras que la validez expresa el grado en el que realmente se mide el fenómeno de interés, la fiabilidad indica hasta qué punto se obtienen los mismos valores al efectuar la medición en más de una ocasión, bajo condiciones similares³. La correcta aplicación del instrumento de medición es importante y se ha reconocido como una fuente de error de medida la variabilidad entre observadores. Esta variabilidad puede ser estimada por estudios de fiabilidad⁴.

Dos aspectos distintos forman parte de los estudios de fiabilidad, el sesgo y la concordancia entre observadores. Respecto a este segundo aspecto, una manera de abordar el problema depende de la naturaleza de los datos: si estos son de tipo continuo es habitual la utilización de estimadores del coeficiente de correlación intraclase, mientras que cuando se trata de datos de tipo categórico el estadístico más empleado es el índice kappa.

Cuando el objetivo se centra en la fiabilidad de una medición, se repite el proceso de medida para evaluar la concordancia entre las distintas mediciones. En un estudio de la fiabilidad pueden valorarse los siguientes aspectos:

- a. Repetibilidad: indica hasta qué punto un instrumento proporciona resultados similares cuando se aplica a una misma persona en más de una ocasión, pero en idénticas condiciones.
- b. Concordancia intraobservador: tiene por objetivo evaluar el grado de consistencia al efectuar la medición de un observador consigo mismo.

³ La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas; Pita Fernández S, Pértegas Díaz S, http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.pdf.

⁴ Medidas de concordancia: el índice de Kappa; López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, S. Cad Aten Primaria 1999; 6: 169-171.

c. Concordancia interobservador: se refiere a la consistencia entre dos observadores distintos cuando evalúan una misma medida en un mismo individuo.

d. Concordancia entre métodos de medición: cuando existen diferentes métodos de medida para un mismo fenómeno, es interesante estudiar hasta qué punto los resultados obtenidos con ambos instrumentos son equivalentes⁵.

Objetivo General

Determinar concordancia de los resultados en la aplicación de instrumento CUDYR a los usuarios hospitalizados **en establecimientos de alta y mediana complejidad**, en las unidades funcionales definidas como categorizables.

Objetivos específicos

- ✓ Aplicar instrumento CUDYR por validador designado a personas hospitalizadas en establecimientos de alta complejidad, en las unidades definidas como categorizables.
- ✓ Recolectar los resultados de la aplicación del instrumento CUDYR, realizado por validador designado.
- ✓ Evaluar la concordancia de los resultados de las aplicaciones del instrumento CUDYR a personas hospitalizadas en establecimientos de alta complejidad, en las unidades definidas como categorizables.

Metodología

- ✓ Se evaluará la concordancia de la aplicación de CUDYR en los establecimientos de alta complejidad.
- ✓ La población en estudio corresponde a todos los pacientes hospitalizados a los cuales se les aplica el instrumento CUDYR.
- ✓ Para determinar tamaño de muestra se utilizó una detección de Índice Kappa de 0.8 y 80% potencia, con prueba a dos extremos, con proporción de positivos de 0.5 y una hipótesis nula de 0 esto corresponde a 17 sujetos por cada establecimiento. (Tabla N°1).
- ✓ El número de CUDYR a aplicar por establecimiento se distribuirá proporcionalmente según el tipo de camas que presenta el establecimiento. (Camas básicas, medios y críticas).
- ✓ Se realizará un muestreo aleatorio simple para determinar a las personas que se aplicará CUDYR en los distintos tipos de camas según corresponda dentro de cada establecimiento.

⁵ La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas; Pita Fernández S, Pértegas Díaz S, http://www.fisterra.com/mbe/investiga/conc_numerica/conc_numerica.pdf

- ✓ La jefatura de cada unidad funcional, designará al o los profesionales con mayor grado de capacitación en la aplicación del instrumento. Una vez designados, se coordinará con la unidad funcional a validar.
- ✓ El plazo del proceso de validación será estandarizado por el nivel local, estableciéndose el momento del día en que se aplicará. No se validará el instrumento en momentos diferentes, pues la evolución del estado de los pacientes es dinámica y puede cambiar de un momento a otro.
- ✓ Una vez seleccionadas las personas hospitalizadas, se procederá a la aplicación del instrumento CUDYR, esta quedará consignada en hoja de registro.
- ✓ La aplicación del instrumento se realizará durante la mañana. Ambos resultados de la aplicación del instrumento CUDYR (personal y validador) serán vaciados a planilla específicamente construida para este fin, por el nivel local a efectos de proceder a la validación.
- ✓ Se calculará la concordancia entre los resultados de las pautas de CUDYR aplicados por personal del establecimiento y las aplicadas por el validador designado.
- ✓ Será de responsabilidad de las Enfermeras Supervisoras la revisión y cálculo de la concordancia de las pautas re categorizadas en las unidades funcionales definidas, en conjunto con el validador designado.
- ✓ Se considerará como validada, toda unidad funcional con un porcentaje de concordancia mayor al 70% del total de los usuarios re categorizados.
- ✓ En caso de que el porcentaje sea inferior al 70%, será de responsabilidad de el/la Enfermero (a) a cargo de la Subdirección de Gestión del Cuidado del establecimiento, el diseño e implementación de un plan de capacitación al personal y deberá realizar un nuevo proceso de validación en el plazo de 2 meses a contar de la primera fecha de validación.
- ✓ El proceso de validación deberá ser realizado al menos una vez al año (contar con medio de verificación de respaldo).

Tabla N°1: Número de CUDYR que debe aplicarse según porcentaje de tipo de camas, por Servicio de Salud

Nombre Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	BASICAS	MEDIAS	CRITICAS	TOTAL
		N°	N°	N°	N°
Arica	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	15	0	2	17
Iquique	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	11	4	2	17
Antofagasta	Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)	16	0	1	17
Antofagasta	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	14	0	3	17
Atacama	Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)	11	4	2	17
Atacama	Hospital San José del Carmen (Copiapó)	14	0	3	17
Coquimbo	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	16	0	1	17
Coquimbo	Hospital San Juan de Dios (La Serena)	13	0	4	17
Coquimbo	Hospital San Pablo (Coquimbo)	14	1	2	17

Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	10	5	2	17
Valparaíso San Antonio	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	15	1	1	17
Valparaíso San Antonio	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	16	0	1	17
Viña del Mar Quillota	Hospital de Quilpué	16	0	1	17
Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	13	1	3	17
Viña del Mar Quillota	Hospital San Martín (Quillota)	12	4	1	17
Aconcagua	Hospital de San Camilo (San Felipe)	9	6	2	17
Aconcagua	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	15	1	1	17

Metropolitano Norte	Complejo Hospitalario San José	13	2	2	17
Metropolitano Norte	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	13	0	4	17
Metropolitano Norte	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa	10	6	2	17
Metropolitano Occidente	Hospital Adalberto Steeger (Talagante)	13	2	2	17
Metropolitano Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	13	1	3	17
Metropolitano Occidente	Hospital San José (Melipilla)	14	2	1	17
Metropolitano Occidente	Hospital San Juan de Dios	11	2	4	17
Metropolitano Occidente	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	11	5	1	17
Metropolitano Central	Hospital El Carmen de Maipú	14	2	1	17
Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja-Arriarán	11	3	3	17
Metropolitano Central	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	0	14	3	17

Metropolitano Oriente	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	10	3	4	17
Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador	15	0	2	17
Metropolitano Oriente	Hospital Dr. Luis Tisné B.	13	0	3	17
Metropolitano Oriente	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	8	4	5	17
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	13	0	4	17
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Presidente Pedro Aguirre Cerda	12	0	5	17
Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau	6	8	3	17
Metropolitano Sur	Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova	2	14	1	17
Metropolitano Sur	Hospital Dr. Exequiel González Cortés	1	14	2	17
Metropolitano Sur	Hospital El Pino	8	6	3	17
Metropolitano Sur	Hospital Parroquial de San Bernardo	14	0	3	17
Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	10	5	3	17
Metropolitano Sur Oriente	Hospital Clínico de la Florida	10	5	3	17
Metropolitano Sur Oriente	Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	13	3	2	17

Del Libertador B.O'Higgins	Hospital de Santa Cruz	13	3	1	17
Del Libertador B.O'Higgins	Hospital Regional de Rancagua	6	7	4	17
Del Libertador B.O'Higgins	Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	12	3	1	17
Del Maule	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	12	1	3	17
Del Maule	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	14	2	1	17
Del Maule	Hospital San Juan de Dios de Curicó	14	2	1	17

Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	14	2	1	17
Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	14	1	2	17
Concepción	Hospital Traumatológico (Concepción)	16	0	1	17
Talcahuano	Hospital de Tomé	16	0	1	17
Talcahuano	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	15	0	2	17
Biobío	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)	9	6	2	17
Araucanía Sur	Hospital de Intercultura (Nueva Imperial)	14	2	1	17
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	7	7	3	17
Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	9	7	1	17
Araucanía Norte	Hospital San José (Victoria)	8	7	2	17

Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	15	1	2	17
Osorno	Hospital Base de Osorno	14	1	2	17
Del Reloncaví	Hospital de Puerto Montt	6	9	3	17
Chiloé	Hospital de Castro	5	7	4	17
Aisén	Hospital Regional (Coihaique)	8	7	2	17
Magallanes	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	15	0	2	17

NOMBRE ESTABLECIMIENTO	BÁSICAS	MEDIAS	CRÍTICAS	TOTAL
	N°	N°	N°	N°
Establecimientos de Mediana Complejidad que poseen cama crítica	11	4	2	17
Establecimientos de Mediana Complejidad que No tienen cama crítica	12	5	0	17

Medio de verificación:

- Registro local de cada establecimiento.
- DEIS, Resumen Estadísticos Mensuales.

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

MEDIO DE VERIFICACIÓN	PERIODICIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	OBJETIVOS ESTADÍSTICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS
Mínimo con datos y porcentaje de cumplimiento generado por el servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGES, Datamart u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos.	Anual	Porcentaje	Objetivo 1 y 2 del Formulario AI de la Subestrata de Redes Asistenciales; Objetivo 1 y 3 del Formulario AI de los servicios de Salud.
FÓRMULA DE CÁLCULO: $\frac{((\text{Garantías Cumplidas}) + (\text{Garantías Excepcionales}) + (\text{Garantías Incumplidas Acreditadas})) \setminus ((\text{Garantías Cumplidas}) + (\text{Garantías Excepcionales}) + (\text{Garantías Incumplidas Acreditadas}) + (\text{Garantías Incumplidas No Acreditadas}) + (\text{Garantías Incumplidas No Acreditadas}) + (\text{Garantías Incumplidas No Acreditadas})) \times 100}{100}$			

1.8 Atención de Garantías Explicitas en Salud (GES) de acuerdo a normativa vigente.

OBJETIVO DEL PROCESO	Atender oportunamente los problemas de salud incluidos en el decreto AUGE vigente en el periodo a evaluar.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas.	Corresponde al total de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas.	Corresponden al total de garantías activadas en el año t.	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	100%, se entiende cumplido el indicador cuando su resultado es mayor o igual a 99.5%.	Anual	Minuta con datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\frac{((\text{Garantías Cumplidas}) + (\text{Garantías Exceptuadas}) + (\text{Garantías Incumplidas Atendidas}))}{((\text{Garantías Cumplidas}) + (\text{Garantías Exceptuadas}) + (\text{Garantías Incumplidas Atendidas}) + (\text{Garantías Incumplidas No Atendidas}) + (\text{Garantías Retrasadas}))} * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador mide el cumplimiento de Garantías de Oportunidad en los tiempos indicados. Para estos efectos se debe considerar lo siguiente:

- No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas".
- No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
- Incluye toda intervención sanitaria (Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento).

Para efectos del cálculo del indicador se debe tener presente la siguiente consideración:

a) El número de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t (numerador), corresponden al total de garantías cumplidas, garantía exceptuadas y garantías incumplidas atendidas.

b) Se definen como garantías activadas en el año t (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, garantías exceptuadas, garantías incumplidas atendidas, garantías incumplidas no atendidas a cumplir en el año t y las garantías retrasadas acumuladas.

c) El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, la que será coincidente con el año t, a excepción de las garantías retrasadas que deben ser consideradas en el total, incluyendo la fecha límite de años anteriores.

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de salud incluidos en el Decreto GES vigente en el periodo a evaluar. Dentro de su estructura, el indicador considera cada uno de los estados en los cuales se encuentran las garantías al momento de la evaluación o corte.

Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la Resolución, deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.

Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados.

Para este indicador los medios de verificación que se deben subir son los señalados en el Decreto, para ello es importante señalar que las bases de datos que proporciona el sistema SIGGES-DATAMART, deben cautelar no proporcionar los antecedentes de identificación de los usuarios, principalmente el RUT, para lo cual se sugiere que, una vez realizada las tablas para obtener los resultados, dicho dato (RUT) se elimine o bloquee de la base de datos proporcionada.

De esta forma el archivo Excel debe contener la base más el análisis por tipo de garantía, de manera de reflejar de la mejor forma los datos para el numerador y denominador, el que además deberá contener un Certificado emitido por el director del Servicio de Salud, quien valida y certifica que los datos proporcionados son fidedignos.

1.9 Hospitalización desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Fortalecer y optimizar procesos clínicos críticos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	N° Total de Pacientes con Indicación de Hospitalización que espera en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en t.	Todos los pacientes que con indicación de hospitalización que acceden a cama de hospitalización antes de 12 horas.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
N° total de pacientes con Indicación de Hospitalización en UEH en t.	Total, de pacientes que tiene indicación de hospitalización. [Se excluyen del total: Pacientes derivados a otros establecimientos (C95) y/o que rechacen hospitalización (C94)].	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y/o pediátricas (excluida obstétrica).	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	80%	Anual	REM (2020) A08 Sección D. [Celdas C91/ (C91+C92+C93+C96)]*100.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Pacientes con Indicación de Hospitalización que espera en UEH } T' < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en t}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con Indicación de Hospitalización en UEH en t}} * 100 \right]$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), ingresan desde el Servicio de urgencia a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza en tiempo menor o igual a las 12 horas.

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica y los que acceden directamente al proceso quirúrgico), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia no debe ser considerado con camas de hospitalización.

El establecimiento debe implementar un sistema de registro local de los siguientes tiempos:

Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.

Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.

Nota: La celda C97 no se considera en el denominador ya que en ella se registran los pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico y no están asociados a tiempo de espera sino a producción.

2. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2020 Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018

2.1 Porcentaje de llamadas al 131 CONTESTADAS

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamadas al 131 CONTESTADAS, año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas.	Corresponde al total de llamadas entrantes a la PBX 131, contestadas por operador telefónico del centro regulador.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de llamadas totales entrantes a la PBX 131 local - llamadas abandonadas antes de 3 segundos (solo por parte del usuario)	Esta variable muestra el total de llamadas entrantes a la PBX local del 131. Se restan las llamadas que son abandonadas por el usuario, antes de 3 segundos de espera.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 90%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud	$[\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas totales} / (\text{N}^\circ \text{ de llamadas totales entrantes a la PBX 131} - \text{llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera})] * 100$

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

2.2 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 10 segundos

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamadas contestadas en < 10 segundos de espera, año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas en menos de 10 segundos.	Esta variable muestra el tiempo de respuesta de los llamados realizados y que se contestan en menos de 10 segundos. Relevante debido a que es el tramo de espera con la más alta tasa de abandono.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de llamadas totales contestadas.	Esta variable muestra el total de llamadas contestadas por el Centro Regulador de Atención Prehospitalaria.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 85%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$(\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas en menos de 10 segundos} / \text{N}^\circ \text{ de llamadas totales contestadas}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 20 segundos

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamadas contestadas en < 20 segundos de espera, año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas en menos de 20 segundos.	Esta variable muestra el tiempo de respuesta de los llamados realizados y que se contestan en menos de 20 segundos. Relevante debido a que es el tramo de espera con la más alta tasa de abandono.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número de llamadas totales contestadas.	Esta variable muestra el total de llamadas contestadas por el Centro Regulador de Atención Prehospitalaria.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas en menos de 20 segundos}}{\text{N}^\circ \text{ de llamadas totales contestadas}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El objetivo de este indicador es optimizar el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a SAMU. El tiempo de respuesta óptimo está definido como < 20 segundos de espera máximo. Se excluyen las llamadas no contestadas.

2.4 Entrega de indicaciones de Soporte Vital Básico de atención de pacientes por Reanimación Cardiopulmonar en Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), dependientes de los Servicios de Salud

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria oportuna conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.	Corresponde al número de indicaciones de BLS que realizó el operador telefónico del Centro Regulador a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP.	Corresponde al total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP realizadas al Centro Regulador en el año t.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 80%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$(N^{\circ} \text{ de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP} / N^{\circ} \text{ total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Un manejo adecuado de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS), permite disminuir la mortalidad y las secuelas que originan los paros cardíacos.

Este indicador tiene por objetivo velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), de acuerdo al protocolo existente, lo que permitirá minimizar los riesgos asociados a una adecuada reanimación cardiopulmonar.

2.5 Traslado de pacientes según protocolo de sujeción y control hemodinámico realizado por Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad, de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) dependientes de los Servicios de Salud

OBJETIVO DEL PROCESO		Asegurar el traslado de pacientes en condiciones de calidad y seguridad, mediante la aplicación de protocolo en los ámbitos de sujeción y control hemodinámico.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico).			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico).	Corresponde a los pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción-control hemodinámico).	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes trasladados.	Corresponde al total de pacientes trasladados a un centro de atención Prehospitalaria.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 80%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				$\left(\frac{\text{Nº pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizada}}{\text{Nº total de pacientes trasladados}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El paciente crítico se encuentra a menudo en un ambiente clínico y fisiológico cambiante. La selección e interpretación de los parámetros a monitorizar son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente, basado en los elementos de la historia clínica, examen físico y otros auxiliares diagnósticos. Es fundamental comprender que los monitores no son terapéuticos y que jamás deben separar al clínico del lado del paciente.

La monitorización hemodinámica del paciente crítico tiene cuatro propósitos básicos:

Alertar: Según la condición del paciente y el nivel de monitorización, le avisa al clínico cualquier deterioro en la función medida.

Diagnóstico continuo: Permite observar el comportamiento y cambios del paciente en una condición determinada.

Pronóstico: La observación de las tendencias en los parámetros observados en la evolución, ayuda a establecer pronóstico.

Guía terapéutica: Facilita la evaluación y corrección de las medidas terapéuticas implementadas.

La monitorización incluye tanto técnicas no invasivas como invasivas, que van desde la medición manual del pulso y presión arterial, hasta la medición del Débito Cardíaco (DC) y de las presiones intracardíacas mediante cateterizaciones.

El indicador tiene por objeto asegurar un traslado de pacientes en condiciones de calidad y seguridad, para lo cual se debe utilizar la medición de protocolo en los ámbitos de sujeción y control hemodinámico.

3. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial

3.1 Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011 - 2020

OBJETIVO DEL PROCESO	Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011 - 2020.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Capacitación de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, capacitados durante el año t, en al menos una actividad pertinente de los nueve ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	N° funcionarios capacitados año 2020.	N° de funcionarios capacitados durante el año t en al menos 1 actividad de capacitación pertinente a los 9 ejes estratégicos de la ENS.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficacia	Servicios de Salud
	N° total de funcionarios de la dotación.	N° total de funcionarios de la dotación regidos por el Estatuto Administrativo.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		

Porcentual	≥50%	Trimestral	Reporte del Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(N^{\circ} \text{ funcionarios capacitados año } t / N^{\circ} \text{ total de funcionarios de la dotación año } t) * 100$

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entenderá por funcionario capacitado, aquel que haya aprobado con nota igual o superior a cuatro (4,0), en al menos una (1) actividad vinculada a alguno de los nueve (9) Ejes Estratégicos, que sea pertinente al área de su desempeño, cuya duración sea igual o superior a 20 horas pedagógicas.

Los Objetivos Estratégicos son los definidos en el Plan Nacional de Salud (ENS), versión año 2016, publicado en el siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/0B1ggoEHGj9gaSWRweHIOandPMnM/view> (Ver página 16)

Los Ejes Estratégicos, se grafican en el siguiente cuadro:



Se considerarán las actividades incorporadas tanto en el Programa Anual de Capacitación (PAC) aprobado para el presente año, como en el no PAC y en el Programa de Iniciativa Ministerial (PIM), ejecutadas en el año, que cuenten con el respectivo registro y cierre académico en el Módulo de Capacitación del SIRH.

La dotación a considerar para el indicador es la informada al mes de enero 2020.