



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



0048

ORDINARIO C16 / N°

3356

ANT.: Decreto Bi-Ministerial N° 74 de 2019, que fija áreas prioritarias y compromisos año 2020 para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la ley n° 19664.

MAT.: Envía Orientaciones Técnicas complementarias Metas Ley 19.664 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 áreas prioritarias y compromisos año 2020, que permitirán el pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la ley N° 19.664 de los Servicios de Salud del país, adjunto a ustedes Orientaciones Técnicas complementarias, 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 ZÚÑIGA JORY
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Servicios de Salud de país
- Equipos de Control, de Gestión, Servicios de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ximena Estay, Dipres.
- Depto. Control de Gestión Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal.
- Archivo Oficina de Partes, Minsal



ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS AÑO 2020

Proceso de Evaluación Metas de Desempeño Institucional
Establecimientos Dependientes Servicios de Salud

Metas de Desempeño Institucional, Art. 37 Ley 19.664

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN	4
ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020.....	5
I. Área Atención Médica a Usuarios.	5
1) Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más	5
Orientaciones técnicas específicas del indicador:	6
2) Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control ..	7
Orientaciones técnicas específicas del indicador:	7
3) Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más	9
Orientaciones técnicas específicas del indicador:	9
4) Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas	11
Orientaciones técnicas específicas del indicador:	11
5) Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.....	12
Orientaciones técnicas específicas del indicador:	13
6) Variación porcentual del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.	14
Orientaciones técnicas específicas:	15
7) Atención Secundaria de Consultas de Especialidades Odontológicas.	18
Orientaciones técnicas específicas:	20
8) Atención ambulatoria de consultas médicas de especialidad	21
Orientaciones técnicas específicas:	22
9) Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	22
Orientaciones técnicas específicas:	23
10) Atención Ambulatoria de Consultas Médicas de Especialidad en Modalidad de Telemedicina	23
Orientaciones técnicas específicas:	24
11) Promedio de días de estada de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio.....	25
Orientaciones técnicas específicas:	26
II. Área de Coordinación de Red Asistencial	28

12) Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.....	28
Orientaciones técnicas específicas:	29
III. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica sólo para los Centros de Atención Pre-hospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018).....	31
13) Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.....	31
Orientaciones técnicas específicas:	31
14) Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o símil según guía nacional de reanimación).....	32
Orientaciones técnicas específicas:	32
15) 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).....	33 33
Orientaciones técnicas específicas:	33

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda, a través del Decreto N° 74 de septiembre de 2019, fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2020 para el pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere el artículo 37 de la Ley N° 19664.

Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del Ordinario N° 3060 del 01 de julio del año 2019, envió a los Servicios de Salud las Orientaciones Técnicas para la formulación, monitoreo y evaluación de las metas, para pago de la bonificación por desempeño colectivo institucional a los que se refiere en la norma señalada precedentemente.

Las referidas orientaciones, tuvieron como propósito servir de herramienta orientadora en cada una de las etapas que involucra el cumplimiento de las Metas establecidas en el Artículo 37 de la Ley 19.664, es decir, desde su formulación hasta la etapa de evaluación, esto permitirá a los equipos de Control de Gestión y profesionales funcionarios del país, entender las “Metas Sanitarias” como un sistema de mejora continua de desempeño colectivo, que impacta directamente en la atención de las personas que acceden a los establecimientos del sistema público de Salud.

En este contexto, el presente documento tiene un carácter complementario, es decir servirá de soporte auxiliar a las orientaciones enviadas a través del Ord. N° 3060 del 01 de julio del año 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 que los Servicios de Salud ingresan la información en la plataforma www.dipres.cl dificulta la evaluación por parte de la secretaria técnica de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

Finalmente, se requiere que los equipos de Control de Gestión estudien con detenimiento las orientaciones técnicas que esta Subsecretaría pone a disposición, para facilitar la formulación, monitoreo y evaluación de las Metas Sanitarias de la Ley 19.664 y, antes dudas o consultas, puedan dirigirlas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría.

II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ante las observaciones del panel de expertos evaluadores de la DIPRES, respecto a la reportería de los medios de verificación y sus justificaciones, que los Servicios de Salud entregan en la etapa de evaluación, se ha considerado necesario reforzar algunas consideraciones que los equipos de Control de Gestión deben tener al momento de iniciar el proceso de evaluación en el aplicativo www.dipres.cl. Estos son:

1. Los medios de verificación deben ser los mismo que se establece en el documento que fijó las áreas prioritarias y compromisos año 2020.
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 el Decreto que fija las Metas Sanitarias.
4. La aplicación permite sólo la carga de un archivo de tipo Word, Excel y PDF (las extensiones permitidas son: pdf, xls, doc, docx y xlsx).
5. El nombre del archivo debe incluir solo letras y/o números, evitando otro tipo de caracteres que impiden después su apertura. Evitar acentos y puntos.
6. • El tamaño máximo del cada archivo es de 10 Mb.
7. 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.
8. El tamaño máximo de la justificación es 1.024 caracteres (con espacio).
9. Si se requiere complementar más detalladamente la justificación, se recomienda adjuntar informe o los medios de verificación que evidencien la causa externa, en el mismo archivo del medio de verificación del indicador que corresponda.
10. Se debe verificar que los datos ingresados coincidan con los de los medios de verificación, de lo contrario podría ser considerado como un incumplimiento

ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2020

I. Área Atención Médica a Usuarios.

1) Pacientes diabéticos compensados en el grupo de 15 años y más

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% + Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, ambos 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	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥45%	Una evaluación al año.	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left(\frac{\text{Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses} + \text{Nº de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses}}{\text{Total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}} \right) * 100.$	

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 en 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
NÚMERO DE PERSONAS EN PSCV														
0														
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	0	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	0
	ALTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DIABÉTICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DISLIPÉMICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TABAQUISMO ≥ 15 AÑOS	0	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	0
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PA < 150/90 mmHg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAS BAJO CONTROL POR DIABETES MELLITUS	HbA1c < 7%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HbA1c < 8%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	HbA1c < 7% - PA < 140/90 mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	COLESTEROL LDL < 100 mg/dl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAS BAJO CONTROL con antecedentes Enfermedad Cardiovascular (PSCV)	En tratamiento con Acido Acetilsalicílico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	En tratamiento con Esteroide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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%

2) Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control

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		
	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	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
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.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	90%	Una evaluación al año.	REM P04, Sección A y C	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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)		TOTAL		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 años y más	
CONCEPTO		Ambo	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
NÚMERO 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MODERADO	0	0	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	0	0
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DIABÉTICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DISLIPIDÉMICOS	0	0	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	0	0
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	0	0	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	0	0

SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE						
VARIABLES	TOTAL	EDAD (en años)		SEXO		
		15 a 19	20 y más	Hombres	Mujeres	
PERSONAS DIABÉTICAS EN PSCV						
CON RAZÓN ALBÚMINA CREATININA (RAC) VIGENTE	0					
CON VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG) VIGENTE	0					
CON FONDO DE OJO VIGENTE	0					
CON ATENCIÓN PODOLÓGICA VIGENTE	0					
CON ECG VIGENTE	0					
EN TRATAMIENTO CON INSULINA	0					
EN TRATAMIENTO CON INSULINA QUE LOGRA META CON HbA1c SEGÚN EDAD	0					
CON HbA1c < 9%	0					
EN TRATAMIENTO CON ECA O ARA I	0					
CON UN EXÁMEN DE COLESTEROL LDL VIGENTE	0					
CON EVALUACIÓN VIGENTE DEL PIE SEGÚN PAUTA DE ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE ULCERACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES	Riesgo bajo	0				
	Riesgo moderado	0				
	Riesgo alto	0				
	Riesgo máximo	0				
CON ÚLCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADAS CON CURACIÓN	Curación Convencional	0				
	Curación Avanzada	0				
CON AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO	0					
CON DIAGNÓSTICO ASOCIADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0					

1	Indicador: Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control
2	
3	
4	Hospital: XXX Fuente
5	Numerador C55 + C56 + C57 + C58 REM P04
6	Denominador C17 REM P04
7	% de Cumplimiento ≥90%
8	
9	

3) Pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más

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		
	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 + Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, ambos 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	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
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.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥68%	Una evaluación al año.	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left(\frac{\text{Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses} + \text{Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}}{\text{Nº total de pacientes hipertensos de 15 años y más bajo control en el nivel primario}} \right) * 100.$	

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 (> o = 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 mmhg 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+
	Ambo 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										
	DISLIPIDÉMICOS	0	0	0										
	TABAQUISMO > 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+
	Ambo 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 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 hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 años y más	
Hospital: XXX	Fuente
Numerador	C33 + C34 REM P04
Denominador	C15 REM P04
% de Cumplimiento	368%

4) Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

OBJETIVO DEL PROCESO		Utilizar de manera eficiente el recurso quirófano en los establecimientos hospitalarios.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo.	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas suspendidas por cualquier causa en el establecimiento, durante el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Eficiencia	Establecimientos de Alta Complejidad y Mediana Complejidad
	Total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo.	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el establecimiento, durante el año t.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≤ 7%	Anual	Datos extraídos desde REM 21, Sección F.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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.				$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador da cuenta del porcentaje de suspensión de pacientes programados en tabla quirúrgica (mayores y de urgencias), en relación a las intervenciones quirúrgicas programadas en los establecimientos de la Red Asistencial en un período definido, cuyo dato es expresado en porcentaje (dato acumulado al período a reportar). Las intervenciones quirúrgicas suspendidas no podrán superar el 7% establecido como meta anual.

Se debe reportar oportunamente en sistema de REM toda la producción realizada versus la programada, ya que el porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas totales, debiese ir en disminución por cada corte, siendo lo esperado, una disminución respecto de igual medición del año anterior.

Se encuentran incluidos todos los establecimientos hospitalarios que registren actividad quirúrgica, incluyendo los Establecimientos experimentales en cada Servicio de Salud según corresponda, se excluyen los establecimientos bajo gestión del DFL N°36.

5) Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.

OBJETIVO DEL PROCESO	Aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas en modalidad ambulatoria con respecto al total de cirugías mayores.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de Egresos de CMA en el periodo.	Corresponde al número de egresos con intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del establecimiento, en todos los pacientes (beneficiarios de FONASA), excluyendo las cirugías mayores ambulatorias de urgencia.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficiencia	Establecimientos que cuentan con GRD
(Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo).	Egresos hospitalarios ambulatorizables, que cumplen con las siguientes características: ser Beneficiario de Fonasa Modalidad Institucional, que su Severidad sea Menor, que el Peso GRD sea ≤ a 1,000, de Tipo de Ingreso Programado y cuyo motivo o destino al Alta sea Domicilio.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 55%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con la fuente de Base de Datos GRD MINSAL.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA
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.			$\left[\frac{\text{Número de egresos de CMA en el periodo}}{\text{Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo}} \right] * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El objetivo de este indicador es aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas (cirugías mayores) en tipo de atención o modalidad ambulatoria, excluyendo cirugías mayores ambulatorias de urgencia.

Para este indicador es importante utilizar los antecedentes aportados (línea Base), desde el Nivel Central para la construcción de los resultados del indicador, además cada Servicio deberá incorporar un análisis de los datos por cada uno de los establecimientos de su red, los que deben ser consistentes con los del Nivel Central. Dicho análisis deberá ser certificado, además, por el Director/a o Subdirector/a Médico del Establecimiento.

Cabe señalar que el certificado proporcionado por GRD Ministerial, refleja los resultados del año, razón por la cual, necesariamente debe hacerse un análisis local del nivel de cumplimiento en relación a la línea base. Sólo comparados ambos resultados se puede determinar el nivel de cumplimiento de cada establecimiento.

Por lo anterior, se sugiere adjuntar en planilla Excel las hojas de análisis y los certificados emitidos desde el Nivel Central y el Certificado emitido por el Establecimiento.

CATEGORÍA	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	MEDIO DE VERIFICACIÓN	FRECÜENCIA	ESTATUS	UNIDAD DE MEDIDA
ALTA	SERVICIO DE SALUD	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con información publicada en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (S-GT) (E)	Anual	100% de cumplimiento de metas de reducción de tiempos de espera en establecimiento de acuerdo a la meta	Porcentaje
FÓRMULA DE CÁLCULO			CATEGORÍA ESTABLECIMIENTO INSTITUCIONALES ASOCIADOS		
<p>1. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1 del establecimiento (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1).</p> <p>2. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p> <p>3. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p> <p>4. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p>			<p>1. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1 del establecimiento (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1).</p> <p>2. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p> <p>3. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p> <p>4. Para el cálculo de meta de reducción de tiempos de espera se utilizará el promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas mayores efectivas del año t-1.</p>		

6) Variación porcentual del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.

OBJETIVO DEL PROCESO	Disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía y otorgar atención oportuna a las personas que requieren Intervenciones Quirúrgicas, focalizando la resolución priorizada por antigüedad.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Variación porcentual del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas, según línea base.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t.	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo de medición (año t).	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo t-1.	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año anterior al periodo de medición (año t-1)	Proceso	Eficiencia	Establecimientos que registren Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	100% de cumplimiento de la meta de reducción asociada al establecimiento de acuerdo a la tabla.	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con información publicada en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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			<p>1. Para el cálculo de mera de reducción, según tabla (No ingresar en la plataforma DIPRES): (Promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 del establecimiento)- (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1) / (promedio de días de espera de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 nacional) *100</p> <p>2. Para el cálculo de variación porcentual (ingresar en plataforma DIPRES): Concepto A: (Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 - promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t) Concepto B: Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1)</p>		

Tabla N° 1 Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio establecimiento	Meta de reducción de línea base		Meta en porcentaje
	$\leq -2\%$	0% (No subir en un 20% respecto a su LB)	→
[-1% , 4%]	1%	→	-1%
[5% , 24%]	5%	→	-5%
[25% , 49%]	8%	→	-8%
[50% , 99%]	10%	→	-10%
$\geq 100\%$	15%	→	-15%

Orientaciones técnicas específicas:

El indicador tiene por objetivo, disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas, con indicación de resolución por esta vía y otorgar atención oportuna a las personas que requieren Intervenciones Quirúrgicas, focalizando la resolución priorizada por antigüedad. Para la definición de la meta se debe tener presente Meta 1: reducción de la línea base, de acuerdo a meta determinada para cada institución (ver Tabla N°1) aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente sobre el promedio país. Meta 2: Mantener el promedio de días de espera bajo el promedio país. Aplicable a los establecimientos que se encuentran inicialmente bajo el promedio país. Para estos efectos se debe considerar la tabla N°1.

La tasa es un coeficiente que da cuenta de una relación entre la cantidad (número de días) y la frecuencia de la ocurrencia de un fenómeno (variación entre años). En estricto rigor, este indicador da cuenta de la tasa de variación del promedio de días de espera para intervención quirúrgica, según la línea base estipulada por DIGERA.

Para la construcción de este indicador se consideró la información sustraída desde Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE), sin embargo, para la actualización de ello, se establecerá como fuente principal el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), bajo los mismos criterios de definidos para la extracción de las listas de esperas.

La información se presentará de la siguiente forma:

Establecimiento	Línea Base (LB)	Meta de Reducción	Meta en Porcentaje
A	100	0%	0%
B	110	1%	-1%
C	120	5%	-5%
D	130	8%	-8%
E	140	10%	-10%
F	150	15%	-15%

Indicadores de Tiempos de Espera en Intervenciones Quirúrgicas en establecimientos de nivel secundario al 31 de diciembre del 2017

Macro	Servicio de Salud	Establecimientos de Destino	Número de registros	Prom. Dias de Espera	Percentil (10) de Dias de Espera	Mediana Dias de Espera	Percentil (90) de Dias de Espera
Norte	Antofagasta	Centro Asistencial Norte	116	285	82	233	633
		Hospital Dr Carlos Cisternas (Calama)	1.306	358	73	278	740
		Hospital Dr Leonardo Guzmán (Antofagasta)	7.123	415	94	403	829
	Arica	Hospital Dr Juan Noé Crevanni (Arica)	2.076	500	78	463	972
	Atacama	Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Arístia Ruiz (Vallenar)	616	205	32	162	446
		Hospital San José del Carmen (Copiapó)	1.694	310	58	243	673
	Inviúsa	Hospital Dr. Ernesto Torres (Chilpancingo, Inviúsa)	6.681	568	100	617	1.496

Variación (Promedio Establecimiento - Promedio País) / Promedio	Meta de Promedio a Disminuir en el 2017	Meta de Disminución en Dias al Promedio en e 2018
-64%	0%	0
-30%	0%	0
-12%	0%	0
7%	5%	25
-128%	0%	0
-50%	0%	0
18%	5%	28

Evaluación de Promedio de Listas de Espera abierta de intervenciones Quirúrgicas del 2017 / 2018

Prom. Dias de Espera 2018	Variación 2017 / 2018	Dias Disminuidos	Puntaje alcanzado
292,0559312	18,4%	66	5
305,691319	26,4%	110	5
193,3406467	61,3%	307	5
301,360221	-47,2%	-97	5
265,1298784	14,5%	45	5
514.8988515	9.4%	54	5

LB = Línea de base: corresponde al Promedio país y Promedio Servicio de Salud del mes anterior al inicio de periodo a evaluar, estos valores serán los parámetros para cálculo de reducción esperado según tabla N°1.

Periodo T corresponde al año evaluado.

La tabla N°1 señalada corresponde a % de reducción esperado según resultado de promedio de días existente en el año T-1.

Tabla N°1 Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	Meta de reducción de línea base
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio país)
[-1% , 4%]	1%
[5% , 24%]	5%
[25% , 49%]	8%
[50% , 99%]	10%
≥ 100%	15%

Además, se deben considerar las siguientes precisiones:

- La fuente de información es corte mensual de SIGTE.
- Paralelamente se remite reporte a los Servicios de Salud la situación mensual de los promedios por establecimientos.
- La evaluación la debe realizar cada Establecimiento con los insumos de SIGTE.
- En el registro y medición se deben incluir todas las especialidades y tipo de Intervenciones Quirúrgicas, mayores y menores, que realiza el establecimiento, según su cartera de servicios vigente.
- Para la evaluación anual, se excluirán los pacientes con causal 3 vigente, que cumplan el criterio de haber sido asignado en un tiempo determinado de no mayor de 181 días, de la misma forma en que se evaluó el año 2019 y validados para ser excluidos en evaluación COMGES de Lista de Espera, según orientación técnica.
- Al igual que lo anterior, en evaluación de final de año se aplican las postergaciones vigentes al corte. (Medio verificador el documento en carpeta compartida de COMGES) esto en caso que sea necesario evidenciar.

REGIÓN	INDICADOR	VALOR	UNIDAD
ARICA	100,00%	100,00%	MALE
COPIAPO	85,71%	85,71%	RUBLE
ANTOFAGASTA	76,58%	76,58%	CONCEPCION

7) Atención Secundaria de Consultas de Especialidades Odontológicas.

OBJETIVO DEL PROCESO		Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en establecimientos de alta y media complejidad.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.			
FÓRMULA DEL INDICADOR		A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades del período.	Se consideran el total de altas de tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.	Tipo de Indicador	Dimisión del indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		A que establecimientos aplica
	Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del período.	Se considera el total de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.	Eficacia	Resultado	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	% cumplimiento de acuerdo a tabla.	Anual	Informe de cumplimiento del indicador, según datos estadísticos obtenidos desde REM 09, Sección i.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS 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.				$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo}} \right) * 100.$	

SERVICIOS DE SALUD	META 2020	SERVICIOS DE SALUD	META
ARICA	100,00%	MAULE	83,86%
IQUIQUE	82,71%	ÑUBLE	95,52%
ANTOFAGASTA	76,58%	CONCEPCIÓN	94,91%

ATACAMA	69,82%	ARAUCO	83,75%
COQUIMBO	75,50%	TALCAHUANO	85,09%
VALPARAÍSO	91,80%	BÍO BÍO	91,84%
VIÑA DEL MAR	76,49%	A. NORTE	66,59%
ACONCAGUA	74,33%	A. SUR	97,50%
M. NORTE	72,70%	VALDIVIA	69,49%
M. OCCIDENTE	86,51%	OSORNO	79,99%
M. CENTRAL	76,01%	DEL RELONCAVÍ	86,80%
M. ORIENTE	60,03%	CHILOÉ	77,39%
M. SUR	71,43%	AYSÉN	77,93%
M. SUR ORIENTE	74,00%	MAGALLANES	68,70%
O'HIGGINS	71,39%	TOTAL NACIONAL	78,24%

Orientaciones técnicas específicas:

El indicador constituye un mecanismo de evaluación cuyo objetivo, es aumentar el porcentaje de altas odontológicas en los establecimientos de mediana y alta complejidad de la Red Asistencial. La importancia del monitoreo y análisis radica en la posibilidad de gestionar, en relación con la continuidad de la atención, una vez que él/la usuaria ya ha tenido acceso a la consulta nueva de especialidad, enfatizando en la resolución integral de las necesidades de salud bucal, a lo largo de todo el proceso de atención desde el ingreso hasta el alta de su tratamiento.

Los criterios para elaborar la presente meta se fundamentan en lo siguiente:

- Se realizó el cálculo del indicador país, desde el año 2015 al año 2019, cuyo promedio fue de 83,60%. Históricamente ha existido más de 20 puntos porcentuales sobre la meta previamente establecida (60%) a nivel nacional. La proyección de la meta al año 2020 a nivel país, es de 88.29%.
- Se han diseñado e implementado, desde el segundo semestre 2018, diferentes estrategias de gestión, trabajadas en conjunto con los Servicios de Salud, tales como: confección de protocolos de referencia y contra referencia, consenso con Sociedades Científicas y profesionales de la Red de rendimientos estandarizados para resolución de casos por Especialidades Odontológicas, nueva metodología e instrumento de programación, además del acompañamiento en proceso programático, actualización de registros estadísticos y difusión de definiciones Manual REM, acompañamiento en terreno con equipos clínicos y directivos, entre otros.

La fuente de los datos, corresponde a REM serie A09, sección I.

8) Atención ambulatoria de consultas médicas de especialidad

OBJETIVO DEL PROCESO	Satisfacción de la demanda de atención de consultas de especialidades, optimizando el recurso de horas médicas a través de una metodología de programación y gestión de horas con mirada de Red.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialista				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de consultas especialista realizadas durante el periodo.	Corresponde a la cantidad de consultas efectivamente atendidas por el médico especialista.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo.	Corresponde a la cantidad total de consultas de especialidad programadas para el periodo según oferta del establecimiento, cuya programación es validada por Minsal.	Resultado	Eficiencia	Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, así como a CRS, que disponen de oferta de consultas médicas de especialidades. Para baja complejidad se incluye todo establecimiento que cuente con reporte de Producción de médico especialista en REM 07.	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Consolidada del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales médicos del periodo de evaluación enero a diciembre de 2020. Planillas Excel de Programación 2020 de totalidad de las horas contratadas, de todos los establecimientos de la Red de profesionales médicos, enviada por el Servicio de Salud y validada por MINSAL.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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.				$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas especialista realizadas durante el periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas:

1. El cálculo y la evaluación del indicador considera la actividad de consultas de profesionales médicos de especialidad, 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 médicos 2020 de totalidad de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, incluye CRS.
2. Producción REM 07, sección A.

9) c96 porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas

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	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y/o pediátricas (excluida obstétrica).
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)]				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	80%	Anual	REM (2020) A08 Sección D. [Celdas C91/ (C91+C92+C93+C96)]*100	SERVICIO DE SALUD	ALTA

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:

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.

10) Atención Ambulatoria de Consultas Médicas de Especialidad en Modalidad de Telemedicina

OBJETIVO DEL PROCESO	Satisfacción de la demanda de atención de consultas de especialidades, optimizando el recurso de horas médicas a través de una metodología de programación y gestión de horas con mirada de Red.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas en modalidad de Telemedicina.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de consultas médicas (nuevas y controles) de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo.	Se considera el total de consultas médicas de especialidad realizadas mediante la modalidad de telemedicina	Tipo de Indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Total, de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo.	Se considera el total de consultas de especialidad de telemedicina de la Programación año t, validada por Minsal.	Eficiencia	Proceso	Alta complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					

UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Excel de programación y/o reprogramación de Telemedicina año t, donde aparezca identificado el Establecimiento Hospitalario y que se encuentre validada por referente Minsal. Informe de cumplimiento del total de consultas realizadas obtenido del REM 30 sección A.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS 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.				$\left(\frac{\text{Nº de consultas médicas (nuevas y controles) de especialidad realizadas a través de telemedicina, durante el periodo}}{\text{Nº total de consultas de telemedicina de especialista programadas y validadas para igual periodo}} \right) * 100.$	

Orientaciones técnicas específicas:

Este indicador tiene por objetivo disminuir tiempos de espera de las personas para acceder a las atenciones en salud, disminuir la derivación de usuarios a recintos hospitalarios y así contribuir a la reducción de la lista de espera y con ello los plazos para acceder a un médico especialista y contribuir en la disminución del impacto del déficit de especialistas a lo largo del país.

La programación total de consultas médicas de especialidad realizadas por Telemedicina debe realizarse de acuerdo a la cartera de servicios y oferta de especialistas que poseen los Establecimientos y debe ser validada por el Servicio de Salud respectivo y la contraparte técnica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Este indicador mide consultas ambulatorias (nuevas y controles).

Para este indicador los medios de verificación son:

- “Planilla Excel de programación de Telemedicina 2020 de totalidad de los establecimientos de la red de Atención Secundaria y Terciaria”.
- Total Teleconsultas Médicas Ambulatorias de Especialidad realizadas por Telemedicina en la Red Asistencial (nuevas y controles) REM A30.
- Esto corresponde a los registros del REM A30 sección A: Teleconsulta Médica de Especialidad, incluyendo la suma de las Celdas J+K+L+M.

Medio de verificación:

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

A103 N° DE MAMOGRAFÍAS

REM-30: ATENCIONES POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL

10. SECCIÓN A: TELECONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD

ESPECIALIDADES	TELECONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD AMBULATORIA NUEVA				TELECONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD AMBULATORIA CONTROL				TOTAL TELECONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS DE ESPECIALIDAD REALIZADAS POR TELEMEDICINA			
	MENORES DE 15 AÑOS		15 AÑOS Y MÁS		MENORES DE 15 AÑOS		15 AÑOS Y MÁS		MENORES DE 15 AÑOS		15 AÑOS Y MÁS	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 PEDIATRÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 MEDICINA INTERNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 NEURATOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 CARDIOLOGÍA ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28 GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29 GENÉTICA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30 HEMATO-ONCOLOGÍA INFANTIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31 HEMATOLOGÍA ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32 NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33 NEFROLOGÍA ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34 NUTRIÓLOGO PEDIÁTRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

11) Promedio de días de estada de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio

OBJETIVO DEL PROCESO	Disminuir la estancia media de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Promedio de días de estada de pacientes derivados vía UGCC a prestadores privados fuera de convenio.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema.	Corresponde al promedio de días de estada de los pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía UGCC	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficiencia	Establecimientos de Alta Complejidad
	INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR				
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≤ 10 días	Anual	Datos entregados por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA

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.	(Nº de días de hospitalización de pacientes derivados vía UGCC en el extrasistema / Nº total de pacientes derivados vía UGCC al extrasistema).

Orientaciones técnicas específicas:

La Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), entre sus funciones está encargada de apoyar en la derivación de pacientes que requieren cama, solicitados desde un establecimiento público, monitorear diariamente las unidades de emergencia hospitalarias con reporte a la autoridad y monitoreo diario del uso de camas críticas a nivel nacional.

Para la derivación de pacientes, se requiere de un trabajo integrado con los diferentes niveles de atención (Hospitales, Servicios de Salud y MINSAL), que permita mejorar el acceso oportuno a una cama hospitalaria de los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en base a una optimización del recurso público, fundamentado en la colaboración de las redes con menor demanda en beneficio de las más sobre-demandadas, contribuyendo de esta manera, a garantizar con equidad la distribución de este recurso.

Para el desarrollo de este modelo de trabajo, que integra diversos actores del sector salud, entre los que se encuentra FONASA, frente a la imposibilidad de oferta en el sistema público al momento de realizar la búsqueda, se ha implementado un proceso estructurado y controlado de la compra de camas a la red privada, lo que ha permitido transparencia y reducción de costos asociados a la derivación de pacientes vía UGCC. Así, se deja atrás la situación en que se enfrentaban los distintos hospitales cuando la demanda sobrepasaba la oferta y donde el traslado a la red se realizaba sin mayor gestión, con desconocimiento y sin control sobre el precio final de las prestaciones, además de la sobre exigencia al personal asistencial local con una función administrativa para la búsqueda y asignación de camas.

En este contexto se crea una estrategia que vincula la oferta en línea de camas (a través del uso de un software), con la demanda no satisfecha de éstas, en los distintos establecimientos públicos y recurriendo al sector privado, sólo cuando la red pública se encuentre efectivamente agotada.

La UGCC dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, busca optimizar el uso del recurso cama en la red pública en complementariedad con la red privada. Para ello, se gestionan los requerimientos de cama y se mantiene un monitoreo permanente de los días de estada, especialmente de los pacientes derivados al sector privado de salud que se encuentran fuera del convenio con FONASA, de manera de controlar el gasto financiero que conlleva esta gestión.

Se ha considerado como variable de exclusión, pacientes derivados al sistema privado a través de licitación realizada por FONASA con mecanismo de pago por GRD. A modo de antecedente, el 05 de octubre de 2018 FONASA publicó en la resolución 2ANº/46 las bases administrativas y técnicas de la nueva licitación pública para compra de servicios de salud de resolución de patologías agudas y agudizadas, a través de mecanismos de pago por grupos relacionados diagnósticos (GRD). En las bases técnicas de dicha licitación en el punto N°5 "Definiciones técnicas" letra a) se establece; "Resolución: Es la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente, lo que conlleva a una resolución integral del evento por el cual fue derivado, hasta su egreso", según lo anterior, el hospital de origen "No debe rescatar del sector privado" los pacientes que son trasladados a través de este convenio, permaneciendo en el establecimiento privado hasta su alta a domicilio.

Dado este contexto, a continuación, se describe el flujo de derivaciones vía UGCC vigente:

En primer lugar, la búsqueda se realiza en el sistema público, en caso de no existir, se continúa con el sector privado, siendo el primer destino de búsqueda aquellas clínicas que se encuentran en la licitación de compra por GRD, en caso de no existir camas en este convenio, la búsqueda continúa hacia las clínicas en convenio por trato directo GRD (que opera de la misma forma) y como última alternativa, el traslado a clínicas que no se encuentran en convenio o fuera de ranking.

Es así, que este indicador consideró para su construcción las derivaciones realizadas a clínicas sin convenio o fuera de Ranking.

Al igual que en años anteriores, para la medición de este indicador se incluye todo paciente derivado al sistema privado que sigue el flujo habitual de búsqueda vía UGCC, solicitado desde un hospital público y se excluye las notas que se describen a continuación, para este indicador:

Universo excluido:

- Del Universo de pacientes derivados vía UGCC, se excluyen todas las compras de cama licitadas por FONASA con mecanismo de pago por GRD, (licitación GRD y trato directo GRD convenidos por FONASA) donde el convenio considera resolución de la patología aguda de manera integral por parte del prestador privado, la que concluye con el egreso del paciente como alta a domicilio o fallecimiento.
- Se excluyen los casos de pacientes crónicos, los derivados por convenios directos y casos especiales solicitados por los Servicios de Salud que no siguen los flujos habituales de derivación y rescate.
- La sigla UGCC corresponde a la "Unidad de Gestión Centralizada de Camas"

- Se excluyen del universo de pacientes a los prematuros extremos, entendiéndose como aquellos recién nacidos menores a 32 semanas al momento de nacer Universo incluido: Todo paciente que sigue el flujo habitual de búsqueda vía UGCC, solicitado desde un hospital público, derivados vía UGCC al sector privado.
- Todos aquellos pacientes que, por condición clínica, certificada por su médico tratante no se encuentren en condiciones de trasladarse a otro centro.
- Las derivaciones marcadas como casos especiales en sistema UGCC, que responden a situaciones excepcionales relacionadas al paciente y/o al establecimiento encargado del rescate, por ejemplo, situación de contingencia del hospital, validadas por el referente MINSAL.

Este indicador considera que los días de estada de pacientes derivados fuera de convenio, debe ser menor a 10 días, ya que el cálculo de éste, se realiza sacando el promedio de días de estada nacional. Es fundamental que los Servicios de Salud y Hospitales derivadores realicen seguimiento diario a los pacientes derivados con el propósito de realizar el rescate oportuno para así disminuir los días de estada de los pacientes derivados y así optimizar el recurso cama de la red pública y privada de salud del país.

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

12) Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.

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	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD	

Porcentual	Cumple meta del 100%, si obtiene un resultado del indicador $\geq 99,5\%$.	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.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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.			$\left(\frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas:

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

- 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:

- 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.
- 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.
- El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T, a excepción de las garantías retrasadas que debe ser considerado 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 GES, 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.

III. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica sólo para los Centros de Atención Pre-hospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud respectivo al 01 de enero 2018).

13) Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo

OBJETIVO DEL PROCESO		Realizar transportes secundarios cuya pertinencia en torno a necesidad, características, complejidad y seguridad fue evaluada por un médico del Centro Regulador de SAMU, según protocolo establecido.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador, según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario 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	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	100%	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.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.}}{\text{Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas:

El indicador tiene por objeto medir las solicitudes de transporte secundario regulados por el médico de acuerdo al protocolo.

El medio de verificación solicitado es una planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo a datos del reporte del sistema de Información del Centro Regulador con validación y responsabilidad de los Servicios de Salud.

14) Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o símil según guía nacional de reanimación).

OBJETIVO DEL PROCESO		Mantener una actualización en competencias para la atención del paro cardiorrespiratorio. Se verifica con la realización de un curso teórico práctico, con evaluación, para reanimación y soporte vital avanzado para los médicos de los centros reguladores e intervención SAMU.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS o símil según guía nacional de reanimación).			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado en el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número total de médicos que laboran en el SAMU en el respectivo servicio de salud, tanto en el área de regulación como de intervención, del año t.	Proceso	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 80%	Anual	Informe Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados en reanimación cardiopulmonar avanzada.	SERVICIOS DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Número de médicos con capacitación Soporte Vital Cardiovascular Avanzada ACLS / Número total de médicos.) *100.	

Orientaciones técnicas específicas:

Para este indicador el medio de verificación será el Informe Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud, donde conste el número de médicos capacitados en Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS.

15) 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)

OBJETIVO DEL PROCESO	Propender a mejorar las intervenciones que los testigos de un colapso extra hospitalario puedan otorgar a la víctima. Esto tiene impacto directo con la efectividad de la atención Prehospitalaria. Se verifica con la entrega de instrucciones telefónicas o a distancia, para guiar a los testigos en las maniobras y técnicas de Soporte Vital Básico para víctimas de colapso extra hospitalario. Las instrucciones se entregan, según protocolo, por parte del personal del centro telefónico de emergencias 131 - SAMU al solicitante, en caso de pesquisa de un eventual paro cardio-respiratorio.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitante.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de indicaciones de BLS entregadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.	Corresponde al número de llamados telefónicos al 131 que recibieron asistencia remota por parte del operador telefónico del Centro Regulador para aplicar técnicas de BLS, a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP / BLS, en el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
Total, de requerimientos telefónicos para asistencia en la atención de pacientes por RCP.	Corresponde al total llamados telefónicos al 131 que requirieron asistencia remota o apoyo para la aplicación de técnicas de RCP / BLS, en el año t.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 95%	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.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$\left(\frac{\text{Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP}}{\text{Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP}} \right) * 100.$		

Orientaciones técnicas específicas:

Sin orientaciones técnicas específicas.

